

CÁMARA DE REPRESENTANTES
XLVIIa. Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1231 de 2012

Carpetas Nos. 851 de 2011 y 1354 y 1428 de 2012	Comisión Especial con la finalidad de tratar los proyectos vinculados a la interrupción voluntaria del embarazo

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Se modifican disposiciones del Código Penal

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Normas

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Se establecen sus circunstancias, plazos y requisitos

SE RECIBEN DELEGACIONES

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 5 de setiembre de 2012

(Sin corregir)

Presiden: Señores Representantes Juan C. Souza y Gerardo Amarilla.

Miembros: Señores Representantes Daniel Bianchi, Fitzgerald Cantero Piali, Javier García, Juan Carlos Hornes, María Elena Laurnaga, Iván Posada y Berta Sanseverino.

Invitados: Por el Instituto de Psicología de la Salud de la UdelaR, profesora adjunta Alejandra López Gómez y licenciada Carolina Farías.

Director del Instituto de Filosofía del Derecho de la UdelaR, doctor Oscar Sarlo.

Profesora Agregada del Instituto de Filosofía del Derecho de la UdelaR, doctora Alicia Castro.

Señor Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, doctor Leonel Briozzo, acompañado por el Presidente de la Junta Nacional de Salud, doctor Luis E. Gallo; Asesor Jurídico, doctor Fernando Rovira y Adscrito, señor Gonzalo La Rosa.



SEÑOR PRESIDENTE (Amarilla).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el agrado de recibir a la Profesora Adjunta Alejandra López Gómez y a la Licenciada Carolina Farías del Instituto de Psicología de la Salud de la Udelar para tratar los proyectos vinculados a la interrupción voluntaria del embarazo.

SEÑORA LÓPEZ GÓMEZ.- La Facultad de Psicología hace varios años que desarrolla una línea de investigación específica respecto al aborto. Diez años de investigación sistemática generan mucha información; por tal motivo decidimos escribir una presentación que les dejaremos y quedar a las órdenes para ampliar cualquier información que colabore con el trabajo de la Comisión.

La Facultad de Psicología de la Universidad de la República y, en particular, el Instituto de Psicología de la Salud, lleva más de diez años produciendo información sistemática sobre este tema. Es nuestra responsabilidad como universitarias contribuir con el tratamiento parlamentario para que, de acuerdo con nuestra misión, generar conocimiento socialmente pertinente, ético, oportuno y fundamentado sobre temas de interés general que oficien de insumo para la toma de decisiones políticas. Para nosotros este es un punto muy importante: cómo podemos contribuir efectivamente a los procesos de toma de decisión de aspectos que el Parlamento tiene en sus manos y los de otros actores políticos. La idea es que nuestra investigación y nuestros conocimientos sean de utilidad para estos procesos.

El Consejo de la Facultad de Psicología ha sostenido una posición política favorable a la necesidad de descriminalizar la práctica del aborto voluntario bajo determinadas circunstancias. Su más reciente declaración pública la realizó el 8 de marzo de este año, la que adjuntamos a los documentos que dejaremos a la Comisión, reafirmando la necesidad de que el Parlamento nacional legisle en esta dirección.

El Consejo Directivo Central de la Universidad de la República en dos oportunidades, en los años 2004 y 2007, realizó declaraciones públicas con posiciones favorables a la despenalización del aborto, manifestando su preocupación por la demora en la resolución legal de este problema. Al mismo tiempo, ha demostrado su voluntad política de contribuir a un debate público ciudadano calificado, destinando recursos financieros para el desarrollo de programas y líneas de investigación realizadas desde diversos equipos de la Universidad y cuyos resultados están a disposición de la Comisión.

Desde el año 2002 la Facultad de Psicología, con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica -CSIC -de la Universidad de la República desarrolla una línea de investigación sistemática para la generación de conocimiento científico sobre la realidad del aborto clandestino en nuestro país, su impacto en la salud y en el bienestar de las mujeres. Esta línea de investigación forma parte actualmente del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud.

El primer estudio que desarrollamos en este marco se tituló "Aspectos psicológicos del aborto voluntario", en un contexto de ilegalidad y penalización, y tuvo como objetivo principal indagar los efectos en la salud mental de las mujeres que se practicaron un aborto voluntario en estas condiciones. Ese fue un estudio que desarrollamos entre los años 2002 y 2005; luego fue publicado por la editorial Trilce en un libro que se titula "Entre el alivio y el dolor.- Aborto voluntario y subjetividad" que hice en coautoría con la profesora Elina Carril.

Posteriormente realizamos un segundo estudio en continuación con esta línea de investigación que se llamó "Opiniones y significados del aborto voluntario en varones de distintas generaciones y niveles educativos". Este estudio surgió como una necesidad de mirar qué pasa con los varones en nuestro país, cómo se posicionan frente a la realidad de aborto -no política, sino subjetivamente, cuáles son sus experiencias de vida, si han participado directamente de experiencias en las que estuvieran involucrados como progenitores o por ser padres de mujeres que tuvieron que tomar esta decisión, o por enfrentarse a un embarazo no deseado. Tomamos una muestra importante de varones de tres generaciones, jóvenes, adultos y adultos mayores -sesenta y cinco años y más, y de los tres niveles educativos en base a años de instrucción: de cero a seis años; de siete a doce, y de trece y más. Ese estudio lo publicamos en dos artículos; no tiene una publicación de libro nacional, sino que son artículos en revistas internacionales. Ahora va a salir una versión nueva en la revista "Estudios Sociológicos de México".

El siguiente estudio se centró en los profesionales de la salud: "Significados y opiniones de profesionales de la salud sobre aborto". Este estudio comenzó en el año 2008 y terminó en 2010; es cercano en el tiempo. Este estudio también está publicado como un capítulo de libros y en artículos, pero además, forma parte de una tesis doctoral en ciencias sociales que se realiza en la Universidad de Buenos Aires, que vincula la relación entre acción técnica y acción moral de los profesionales de la salud en el campo de los asuntos vinculados a la reproducción humana, en particular el aborto. Esperamos que ese estudio arroje publicaciones abundantes.

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Souza)

—— interdisciplinario sobre una realidad compleja", en conjunto con profesores de las Facultades de Ciencias Sociales; de Derecho; de Medicina; de Psicología, y de Humanidades y Ciencias de la Educación, en el marco de la convocatoria de la Sectorial de Investigación Científica -CSIC, Programa Artículo 2, para contribuir al tratamiento de asuntos de interés público del cual trajimos ejemplares para dejar a la Comisión. Esta publicación es la más nueva que tenemos en la Universidad, y es importante porque conjuga, recopila, sistematiza, analiza un volumen importante de información sobre aspectos sanitarios, jurídicos, políticos, sociales, psicológicos y éticos del aborto. Participaron colegas como Niki Johnson, Graciela Sapriza, la doctora Alicia Castro de la Facultad de Derecho, el doctor Gualberto Arribeltz de la Facultad de Medicina, el doctor Óscar Sarlo de la Facultad de Derecho, la doctora Grazzia Rey, Elina Carril, Carolina Pallas, Miguel Andreoli, Alicia Alemán, Marcelo Schenck y la actual Senadora Constanza Moreira.

El acumulado de evidencias que hemos generado en estos diez años permite disponer de un volumen de información muy importante, que se suma a la producida desde otros ámbitos, en particular desde organizaciones del sistema de Naciones Unidas y de organizaciones sociales. Estos resultados han sido publicados, pero aún requieren más divulgación.

Queremos referirnos a tres aspectos fundamentales a la hora de jerarquizar el tema, tomando en cuenta los proyectos que ustedes tienen en consideración.

En primer lugar, el aborto voluntario es una práctica extendida en nuestro país. Las estimaciones son simplemente estimaciones y no nos permiten tener una claridad de la magnitud del fenómeno. En este libro hay un "racconto" muy interesante de las estimaciones desde el año 1935 a la fecha. Hay unas ocho estimaciones realizadas por distintos profesionales de nuestro país, con distintas metodologías y confiabilidades. Esto

significa un esfuerzo por tener una aproximación cuantitativa en cuanto a la magnitud del fenómeno que la ilegalidad no permite conocer.

Nos importa señalar que no solamente es un problema que tiene que ver con la magnitud del fenómeno, sino con lo que significa la exposición al riesgo, no solo sanitario -que es uno de los que más nos preocupan, sino al riesgo social, al riesgo subjetivo y al riesgo jurídico para las mujeres, sobre todo las más jóvenes y desprotegidas, ya que las mujeres no son un grupo homogéneo.

La aprobación de la Ley Nº 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva ha significado un avance, pero creemos que es insuficiente en tanto la práctica del aborto se continúa realizando en la clandestinidad y colocando a las mujeres y a sus parejas en las rutas informales para acceder al misoprostol. Nos importa resaltar este método que ha cambiado la práctica del aborto en los países con leyes restrictivas. Todos somos conscientes de que las mujeres acuden a este procedimiento no solo porque es más económico, más factible de realizarlo en condiciones de ilegalidad, sino porque es más eficaz, más seguro. Importa decir que este método no es el único posible, dentro de los métodos seguros, sino que no siempre es el más adecuado.

El aborto es practicado en situaciones de incertidumbre, de desamparo y de temor frente a la sanción jurídica y al riesgo sanitario que implica su realización al margen de la ley. Así como las leyes que lo criminalizan no erradican la práctica del aborto voluntario -eso lo sabemos, tampoco las leyes que lo despenalizan y lo regulan, lo fomentan. Al respecto existen evidencias disponibles sobre diversos contextos normativos. Hay datos interesantes de la ciudad de México: ustedes saben que tienen un proyecto de despenalización del aborto instrumentado desde el año 2008, y los resultados que se han divulgado internacionalmente muestran cómo partiendo de una línea de desconocimiento de la magnitud de la demanda -porque era ilegal y penalizado, como aquí, hubo un pico importante en los primeros dos años de instrumentación y luego se produjo una meseta estabilizada que tiende a descender. Señalo esto para poner un ejemplo que tiene que ver con un contexto cultural cercano, latinoamericano, y actual en el tiempo.

El asunto es definir las condiciones y regulaciones que protejan las decisiones de las mujeres y sus parejas cuando se enfrentan a un embarazo que no desean o que no pueden continuar. En este sentido, consideramos que el proyecto de ley a ser aprobado debería retomar el cometido principal brindado por la Cámara de Senadores al votar un proyecto que destipifica el aborto como delito y que reconoce, a su vez, el derecho de las mujeres a decidir la interrupción voluntaria del embarazo dentro del plazo de las doce semanas de gestación, y fuera de dicho plazo, ante circunstancias relativas a riesgo e vida y o graves de salud, malformación fetal incompatible con vida extrauterina y malformación fetal grave y embarazo producto de la violación.

En suma, el aborto, en las circunstancias y plazos que establece la ley, no puede ser considerado un delito. Esto es clave para brindar seguridad jurídica a las mujeres y sus parejas, a prestadores de salud y profesionales, así como para desmontar el estigma moral y social hacia las mujeres que toman esta decisión.

Los estudios que hemos realizado son coincidentes con la evidencia científica disponible aportada por organismos de reconocida legitimidad como la OMS. La Organización Mundial de la Salud estima que entre 15% y 50% de los abortos inseguros requieren atención médica y tratamiento por complicaciones. En América Latina, entre cinco y diez de cada mil mujeres hospitalizadas anualmente son internadas debido a las complicaciones de un aborto. Diversas publicaciones internacionales han demostrado que los riesgos dependen de factores como la condición socioeconómica, el lugar de

residencia, el tipo de proveedor al que recurra, los métodos empleados y la capacitación de quienes lo practiquen. El riesgo global de complicación por aborto inseguro es de 30%, pero aumenta a 44% si la mujer proviene de áreas rurales pobres y llega al 5% -observen la diferencia entre 44% y 5% -para las mujeres de zonas urbanas no pobres. Mientras tanto, la hospitalización global por complicaciones del aborto es de 14%; se ubica en el 18,5% para las mujeres pobres rurales y en el 1,5% para las mujeres no pobres urbanas.

Se ha estimado que por cada muerte materna que ocurre por aborto inseguro existe la posibilidad de que de 60 a 100 mujeres sufran complicaciones o lesiones que pueden afectar seriamente su fecundidad futura.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- ¿De dónde son estos datos?

SEÑORA LÓPEZ GÓMEZ.- Los datos son de la OMS.

(Diálogos)

—— Estos datos son relevantes no solo para comprender la importancia de erradicar la práctica insegura del aborto, sino para prevenir la muerte evitable de mujeres por esta causa. El país dispone de estadísticas e información sobre muerte materna. La muerte materna por todas las causales en Uruguay ha sido baja históricamente y es un dato positivo del desarrollo del Uruguay histórico. La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles para analizar el desarrollo de los países porque se trata de muertes evitables. Uruguay siempre ha tenido una mortalidad materna baja; tuvo un pico en el año 1999 que colocó al aborto inseguro como una de las principales causas, si no la primera, por lo menos en el subsector público. Luego, a partir de los años 2004- 2005 comenzó a bajar la muerte de mujeres por aborto inseguro. La Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causa del Embarazo, Parto, Puerperio, Cesárea y Aborto, del Ministerio de Salud Pública, publicó su último informe en 2009- 2010 -está disponible en la página web del Ministerio de Salud Pública, en donde se registran 16 muertes maternas. El dato interesante es que comenzaban a bajar las muertes por aborto inseguro y subían las muertes en el puerperio, lo que habla de otras de las complejidades vinculadas con la muerte materna, que tiene que ver con la atención en el puerperio y con cómo el sistema de salud también tiene que mirar hacia esa dirección.

En los últimos años no se registraron muertes maternas en los últimos dos o tres años. Este año se registraron dos muertes maternas y se creó una auditoría en base a una metodología de autopsia verbal por parte del Ministerio de Salud Pública, de la que no tenemos información; no sabemos si el Ministerio pudo efectivamente identificar las causas que llevaron a que estas mujeres murieran por causa de aborto inseguro.

Siempre debemos mirar la mortalidad materna por las características del indicador, pero realidad histórica del Uruguay, por lo menos desde mediados del siglo pasado y desde la consolidación de las políticas de atención a la salud materno infantil, indica que es baja. Nosotros tenemos que mirar -como señala la OMS -otros estándares que tienen que ver con la morbilidad. No podemos quedarnos solamente con el dato de la mortalidad, que es muy importante, sino que debemos ver la morbilidad. ¿Qué pasa con las complicaciones? ¿Qué pasa con el daño, no solo físico, sino en términos integrales de la salud de las mujeres?

Estos datos son relevantes no solo porque importa erradicar la práctica insegura del aborto para prevenir la muerte evitable de mujeres por esta causa, sino también para definir estrategias sanitarias que permitan el acceso a servicios de salud sexual y

reproductiva oportunos, accesibles y de calidad en todo el territorio nacional. Esto es clave para garantizar la implementación de la ley que se apruebe.

Hoy podemos decir que si bien se avanzó en la implementación de la Ley N° 18.426, desde su reglamentación por parte del Ministerio de Salud Pública en setiembre de 2011 y su puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud a partir de enero de 2011, aún las prestaciones de salud sexual y reproductiva no están disponibles en todo el territorio nacional, especialmente en varias localidades del interior del país. De aprobarse una ley que regule la práctica voluntaria del aborto, se debe garantizar que esta prestación forme parte de las que se incluyeron en el sistema en materia de salud sexual y reproductiva. Pero también es relevante reforzar la universalización y la integralidad de los servicios de modo de minimizar las barreras de accesibilidad que hoy se pueden observar. A la hora de concebirse una ley que regule la interrupción voluntaria del embarazo, debe integrarse a las políticas de salud sexual y reproductiva en una estrategia de reforzamiento de estas políticas que son de reciente incorporación en el Sistema Nacional Integrado de Salud -tienen poco más de un año de incorporación dentro del Sistema, no en la historia del Uruguay, que empieza en el año 1996 con políticas que se van elaborando con relación a la salud sexual y reproductiva- ; no puede pensarse como una cuestión aislada de lo que mandata la Ley N° 18.426.

Los resultados de las investigaciones permiten señalar que no se encontraron evidencias que indiquen que la práctica del aborto, en sí misma, produzca efectos traumáticos ni que se configure un síndrome traumático posaborto. Nos queremos detener en esto especialmente. Se habla muy frecuentemente sobre los traumas del aborto y muchas veces se hace psicología espontánea sobre estos temas. Tenemos la responsabilidad de aportar en esta dirección porque nos dedicamos a estudiar las dimensiones psicológicas de la condición humana. La sociedad uruguaya nos paga para estudiar sobre los aspectos de la psicología como un componente fundamental en la salud y el bienestar de las personas.

Se habla mucho sobre los aspectos vinculados con la psicología humana y nos parece fantástico que se divulgue, que se discuta, que se intercambien opiniones, pero también nos importa que, en la medida de lo posible, se haga en base a evidencias disponibles, como lo tratamos de hacer en el campo médico, en el jurídico y en el de las ciencias políticas. Se ha discutido mucho a nivel nacional, pero también a nivel internacional, sobre la configuración de un síndrome traumático de estrés posaborto. En realidad, esta nosografía no está incluida en la última revisión de los manuales de psiquiatría moderna que utilizamos en la formación de psicólogos y psiquiatras en nuestro país, y es la que se utiliza universalmente. Existe una amplia discusión en la Asociación de Psiquiatría Norteamericana, que es la que elabora los manuales de psiquiatría moderna, respecto a la inclusión o no del síndrome traumático posaborto. Luego de la discusión de las evidencias disponibles se descartó la inclusión de esta nosografía dentro del manual de psiquiatría.

Al respecto hay una nutrida literatura a nivel internacional. A nivel nacional, el único estudio que conocemos es el que instrumentamos desde la Facultad de Psicología, al que hicimos referencia anteriormente, sobre aspectos psicológicos del aborto voluntario. Encontramos artículos de opinión, pero no informes de reportes de investigación.

Sí podemos decir que los estudios sobre los aspectos psicológicos y los efectos psicológicos del aborto voluntario que están disponibles en el mundo y que tenemos acá generalmente se realizan en distintos contextos legales. Los reportes muestran que si se producen determinadas condiciones sociales, familiares y sanitarias, y el proceso de

decisión de la mujer y su pareja es consultado, informado y acompañado, no se identifican secuelas. Cuando uno habla de un síndrome, hace referencia a un conjunto de signos y síntomas que se producen como causa de determinado acontecimiento y se presenta con determinado patrón. Esto no es lo que reporta la literatura. Eso no significa que no sea un proceso complejo, que no sea doloroso, que no genere angustia o ambivalencia emocional. Una cosa es eso, y otra muy distinta es hablar de un síndrome traumático que deja secuelas psíquicas irreversibles en las personas.

En base a lo que recogimos sobre el estudio con mujeres, podemos decir que cuando el aborto se produce en condiciones de ilegalidad, de penalización y de inseguridad afectiva, jurídica y social, se generan montos de ansiedad y angustia no menores. Ese proceso se vive con ambivalencia afectiva, producto de las condiciones. En general, las mujeres reportan convicción con la decisión, una vez que la han tomado y están convencidas de que es la mejor decisión para ellas en ese momento de su vida o que fue la mejor decisión.

Nosotros entrevistamos a mujeres que abortaron en los últimos quince años en distintas condiciones: algunas, las más veteranas, en plena dictadura; otras, hacía un año. Es decir que tomamos un tiempo ventana entre el acontecimiento y la entrevista de la investigación porque queríamos que hubiese una distancia temporal con el acontecimiento que nos permitiera evaluar -si bien no era un diagnóstico psicológico -una cierta cantidad de elementos sobre el impacto del proceso en el mediano plazo. Manejamos un criterio de inclusión; las mujeres debían tener, por lo menos, un año de distancia con el acontecimiento. Habíamos previsto que si identificábamos mujeres que a raíz de un aborto esta práctica hubiera quedado como una experiencia enquistada subjetivamente, generadora de angustia al momento de la entrevista -cuando uno entrevista a una persona sobre un acontecimiento importante de la vida, no sabe con qué se puede encontrar, utilizaríamos dispositivos de derivación psicológica. Nos podíamos encontrar con mujeres en estas situaciones y teníamos la responsabilidad, como investigadoras y universitarias, de tener dispositivos previstos a través de los servicios que brinda la atención psicológica de la Facultad de Psicología, a los efectos de que, si quería, la persona tuviera un espacio profesional de otro tipo para analizar y procesar la situación.

Solo tuvimos esa situación en un caso, y la evaluamos con la persona. Era una situación no menor: se trataba de una mujer con antecedentes previos al aborto de internaciones psiquiátricas. Ya venía con un historial de fragilización subjetiva que, en nuestra opinión, agravó la situación del aborto en las condiciones en las que se produjo. Se trataba de una mujer de muy pocos recursos económicos, con varios hijos.

Los estudios nos muestran que en general cuando las mujeres toman la decisión de interrumpir el embarazo lo hacen en base a procesos deliberativos y reflexivos de alto compromiso e intensidad. No son decisiones banales ni ligeras sino que son consultadas en general con seres cercanos, queridos y se arriba a ellas con convicción.

Debemos señalar que la disposición acá queremos hacer una sugerencia -plantea en uno de los proyectos que toda mujer debe necesariamente consultar con un equipo interdisciplinario y disponer a posteriori de por lo menos cinco días de reflexión. Entendemos que este mecanismo no es pertinente ni oportuno, más bien se basa en el supuesto de que la decisión de interrumpir el embarazo es de dudosa legitimidad si no media la consejería de un experto. Pensamos que quizás esto puede ser una posibilidad legítima para la mujer. Me refiero a que pueda tener un espacio de consulta, de apoyo interdisciplinario pero otra cuestión es que esto sea un requisito legal, indefectible para

acceder al procedimiento. En realidad, esto se lee más como un tutelaje profesional desde nuestra perspectiva. En esto estamos involucrados porque el equipo interdisciplinario integra profesionales de la salud mental pero nos parece que no aplica per sé en todos los casos. No debería aplicar sino solo en aquellos casos que las personas requieran tener un espacio de conversación con profesionales para tomar su decisión pero no en aquellos casos en que la decisión ya está procesada porque nos parece que ese tiempo de espera genera ansiedad en las mujeres y las parejas que ya tienen una decisión; sería importante revisar estas situaciones.

Al mismo tiempo deberíamos pensar cómo articular estos equipos interdisciplinarios con los equipos de coordinación de referencia, incluidos en la implementación de la Ley Nº 18.426 de modo de no solapar dispositivos y mecanismos ya creados porque, de lo contrario, seguiríamos generando equipos particulares para temas específicos y perderíamos la integralidad de los procesos y de los servicios de salud sexual y reproductiva donde, según nuestro criterio, esta prestación debería inscribirse como una prestación más. Creemos, entonces, que no debería generarse políticas verticales, es decir, hacer una política para abortos, otra para anticoncepción, otra para cáncer de mama, otra para violencia; seguiríamos sumando programas paralelos y las personas somos una y no programas paralelos sino integrales. Entonces, cuando vamos a los servicios requerimos de muchas cosas que deben estar armonizadas en la atención.

Finalmente, queremos hacer una breve consideración en cuanto a la objeción de conciencia. Este es un tema que hemos explorado bastante en el estudio con profesionales. En este sentido hay distintas posiciones, legítimas todas ellas, que refieren a las posturas de los profesionales. Una de las preguntas que planteábamos es si en el eventual escenario -porque todavía no se consideraba la despenalización del aborto y de la prohibición de servicio de aborto legal -realizarían la práctica del aborto. Hicimos estudios cualitativos; no vamos a dar estadísticas porque no utilizamos esa metodología. En general los profesionales contestaron que sí, que la realizarían. Es decir, no plantearon mayores objeciones aunque algunos sí y manifestaron que esperaban que la ley contemplara esa posibilidad de la objeción, como está en el articulado de los textos que hemos visto. Prácticamente acordamos en este planteo porque nos parece que es un derecho.

La objeción de conciencia implica la regulación de la decisión del cumplimiento de una obligación jurídica fundamental, derivada normalmente de las relaciones laborales o funcionales. Está dirigida a los particulares y siempre se plantea frente a una obligación personal. Se trata de una cuestión de conciencia individual que se realiza por razones religiosas, filosóficas o políticas. Por lo tanto no se puede confundir con la dimensión institucional, legal, frente a un asunto de salud pública o de bien común. Las instituciones no pueden ser inmunes frente a la responsabilidad jurídica de brindar las prestaciones incluidas en la ley.

Esto lo señalamos porque hicimos un seguimiento del debate político sobre este tema y, aunque lo hemos investigado desde hace muchos años, seguimos con mucho interés y atención las discusiones públicas parlamentarias y conocemos a los distintos voceros de los diferentes actores, además de las posiciones de otros actores académicos, sociales. Asimismo, sabemos que este tema ha sido planteado por parte de algunas de las instituciones prestadoras de salud y se habló sobre la posibilidad de la "objeción de conciencia institucional" -entre comillas, por lo que nos pareció importante reafirmar nuestro planteo de que podemos entender y compartir que algunos profesionales planteen reparos o reservas pero de ninguna manera esto puede eximir a las instituciones de cumplir con una ley que se aplica a todo el territorio nacional. Debería

buscarse mecanismos para que las instituciones cumplan con su responsabilidad de brindar las prestaciones que el país define a través de las leyes.

Agradecemos vuestra atención. No vamos a dar lectura a la declaración del Consejo de la Facultad de Psicología porque está en las carpetas que entregamos a la Comisión. Además, vamos a dejar cuatro ejemplares de lo que hemos leído y de las publicaciones.

SEÑOR AMARILLA.- Simplemente quisiera hacer algunas consultas sobre ciertos datos que no percibí en la exposición de las señoras invitadas. Me gustaría saber si hay datos acerca de la morbilidad en el Uruguay sobre daños producidos por la realización de abortos en situación de riesgo. Asimismo, quisiera conocer si existe alguna cifra relativa a las consultas posteriores a la realización de abortos. Supongo que existirá información en cuanto a las consultas psicológicas del síndrome posaborto. Al respecto hemos escuchado sobre algunos estudios y nos gustaría saber si hay información en cuanto a la cantidad de consultas en este sentido. Por último, en relación al equipo multidisciplinario, hemos visto alguna publicación pero nos interesa conocer la base de presencia de profesionales y si hay amplitud de posiciones y de visiones en este trabajo o si básicamente se concluye en forma unánime sobre la despenalización del aborto.

SEÑORA LÓPEZ.- En cuanto a la morbilidad, en la Facultad de Psicología no hemos realizado ningún estudio y lo que sabemos es que en el Uruguay hay muy poca información al respecto. Sería importante para la Comisión solicitar información al Ministerio de Salud Pública, aunque no sé si esta Cartera tendrá datos acerca de la cantidad de complicaciones. En la actualidad se manejan los conceptos de morbilidad severa y morbilidad. No tenemos particularmente estudios y por ello nos parece relevante el dato de la OMS de lo que se estima por cada muerte materna por complicaciones. Obviamente, esta es una estimación global. La OMS hace una estimación entre sesenta y cien pero ello depende del desarrollo de los países, del sistema de salud, de los niveles culturales de la población, etcétera. Pero no podemos pensar que en el Uruguay no hay morbilidad por complicaciones de aborto inseguro. Tal vez no lleguemos a las estimaciones de la OMS por las características de nuestro país, pero no quiere decir que no nos pase. En este sentido, habría que hacer estudios sistemáticos sobre ingresos hospitalarios a fin de ver cuantos de ellos responden a complicaciones derivadas de prácticas inseguras de aborto.

Lo que voy a decir a continuación no tiene sustento científico, por lo que no podemos generalizar. En este estudio, los profesionales de ginecología y de obstetricia reportan su percepción por estar en las guardias, y dicen que un número importante de mujeres ingresan con complicaciones; es una percepción. Insisto en que no tenemos estudios y por este motivo me parece que habría que analizar los ingresos y los egresos hospitalarios, además de las cifras del SIP -Sistema Informático Perinatal, la base del 2010 a fin de buscar la información que nos permita acercarnos a lo que sucede con la morbilidad en nuestro país.

En cuanto a la consulta posaborto, esta información podrá brindarla la Organización de Iniciativas Sanitarias. Es una organización no gubernamental que brinda prestaciones en el Hospital Pereira Rossell. El país debería disponer, a través de la Junasa o del Ministerio de Salud Pública de la información, desde la reglamentación de la Ley N° 18.426 hasta que se pone en funcionamiento dentro del Sistema Integrado de Salud, sobre el número de consultas que ha recibido de los distintos prestadores de salud en cuanto a embarazos no deseados y prevención de aborto inseguro. Asimismo, se debería contar con la información de qué porcentaje de esas mujeres volvió a la consulta

posaborto para orientación anticonceptiva, para evitar nuevos embarazos no deseados y para indagar otros aspectos vinculados a impacto del aborto. En este sentido, necesitamos contar con una información nacional que debería brindarla el Ministerio de Salud Pública o la Junta Nacional de Salud.

Con respecto a las consultas psicológicas por razones de aborto, esta no es una causal de consulta en la psicología en general. Es decir, las mujeres ni las parejas consultan a un psicólogo por un aborto. En general, el aborto aparece como un episodio en la narrativa de las personas, en su historia biográfica, porque no deja de ser un acontecimiento importante en la vida de las personas cuando van a una consulta psicológica, pero no es motivo de consulta. El aborto no aparece registrado como un motivo de consulta. Nadie dice que va a consultar a un psicólogo porque se realizó un aborto. Insisto en que aquellas mujeres que lo han hecho, en el marco de un tratamiento psicológico puede aparecer como un acontecimiento de la vida, que tendrá más o menos significación en el presente para cada persona en función de cómo ha sido el acontecimiento y de cómo lo ha vivido, y qué significado tiene para su historia sexual, reproductiva o biográfica. Pero no lo tenemos tipificado como un motivo de consulta como puede haber otros.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Lo que escuché me pareció muy interesante pero lo que no entiendo es que no habiendo investigaciones se pueda sacar conclusiones. La doctora López dijo que no hay investigaciones pero que se puede concluir, por ejemplo, cuando el aborto es legal no hay consecuencias. Entonces, ¿cómo se sabe esto si no hay consultas?

SEÑORA LÓPEZ.- Dije que sobre salud mental y aborto hay mucha investigación publicada que refiere a distintos contextos. Hay mucha investigación, inclusive publicada por la Organización Mundial de la Salud que si la referimos para muchos temas de la salud pública también podemos hacerlo para estos temas. Esta Organización sostiene lo que dije más temprano: no es posible afirmar que exista un síndrome traumático posaborto. Y también dije que ello no significa que no sea un acontecimiento en la vida de las personas que genera en algunos casos angustia, ansiedad, dolor psíquico; es lo mismo que un trauma psíquico. Podemos discutir terminología específica pero no viene al caso.

A su vez dije que dentro de la consulta psicológica el aborto no es un motivo de consulta. Esto no lo dije en base a una percepción sino en base a la historia de la psicología en el Uruguay y a nivel internacional. No aparece el aborto como un motivo de consulta. La Facultad de Psicología brinda un servicio de acuerdo con ASSE; tiene residentes y practicantes en todos los centros de salud. Insisto en que este no es un motivo de consulta, pero ello no quiere decir que no sea un acontecimiento importante. Una cosa es un motivo de consulta psicológica y, otra, un acontecimiento importante en la vida de las personas que lo van procesando emocional y psicológicamente con los mecanismos psíquicos que se ponen a disposición a fin de elaborar cualquier situación que pueda ser conflictiva en la vida humana. Me parece importante decir esto para que no se malinterpreten los comentarios. De todas maneras dejamos a disposición de la Comisión no solo este libro sino también otra documentación porque entendemos que es nuestra responsabilidad colaborar con la labor parlamentaria.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nuevamente, agradecemos vuestra visita y el material que nos han brindado que aporta al trabajo de la Comisión.

(Se retira de Sala la profesora adjunta Alejandra López Gómez y la licenciada Carolina Farías)

(Ingresa a Sala el Director del Instituto de Filosofía del Derecho de la UdelaR, doctor Oscar Sarlo)

—— La Comisión tiene mucho gusto en recibir al Director del Instituto de Filosofía del Derecho de la UdelaR, doctor Oscar Sarlo, a quien le agradecemos su presencia en la mañana de hoy.

Para la Comisión será muy interesante conocer sus conceptos e ideas con respecto al tema que nos ocupa, es decir, la interrupción voluntaria del embarazo.

SEÑOR SARLO.- Agradezco la invitación; naturalmente, es un honor colaborar con las autoridades que tienen tan difícil tarea.

En primer lugar, quisiera aclarar que si bien se me invitó como Director del Instituto de Filosofía del Derecho, no voy a referirme al tema en esa calidad, ya que el asunto no ha sido tratado en el Instituto. Además, no creo que corresponda que los institutos se pronuncien sobre este tipo de cuestiones debido a la autoridad que implican. A su vez, entiendo que no corresponde que los institutos respalden posturas sobre este tipo de temas, ya que no es la misión que tienen. De todos modos, pretendo ayudar a reflexionar sobre el tema. Por tanto, voy a abordar el tema a título personal, porque se podrán imaginar que desde las cinco de la tarde, hora en que me llegó la invitación, hasta ahora no he tenido tiempo de leer, como debería, todos los proyectos. En ese sentido, quiero aclarar que no es un tema que siga permanentemente, aunque me interesa y he trabajado en él desde el punto de vista teórico. Entonces, como no he seguido la evolución de la problemática, principalmente, voy a atenerme a las consultas de los señores Diputados, si entienden que puedo realizar algún aporte, que supongo que será muy poco.

En realidad, un tema de esta naturaleza, que se ha discutido durante tanto tiempo, implica cuestiones de diversa índole.

Desde luego, debemos tener en cuenta la cuestión moral, que es básica. De todos modos, debo decir que la moral es algo personal. Si bien podemos interpretarla y contribuir con argumentos, no puede estar sujeta a decisiones institucionales; esa es mi convicción. En ese sentido, no creo que a alguien pueda interesarle lo que pienso sobre el tema, ya que no me considero una autoridad moral para hablar sobre ello.

Por otro lado, el tema jurídico, que es lo que me interesa, tiene que ver con instancias institucionales que, en última ratio, implican el ejercicio, o no, de la violencia del Estado. Este tema me ha preocupado, porque me parece que las instituciones públicas requieren de justificación institucional, y también de justificación moral. Por tanto, en moral pública creo que el debate es importante, y es el que me ha interesado, ya que considero que el ejercicio de la violencia por parte del Estado debe estar legitimado, y de la mejor manera posible.

Hay otra cuestión, que diría que no es de filosofía política o de filosofía jurídica, sino de técnica. Creo que después de que se encuentren los argumentos más convincentes para el colectivo, hay una instancia de redacción, para que esas voluntades y convicciones se trasladen de la forma más transparente posible a la sociedad, que será la que las tendrá que aplicar, y sobre todo a los Jueces, que son los que deberán lidiar con estos problemas. En ese sentido, creo que puedo hacer algún aporte, ya que, modestamente, en la parte técnica es en la que me siento con mayor autoridad para opinar. Pienso que una vez que se elaboren los argumentos, sería bueno que los textos resultantes fueran lo más transparente posible.

Hecha esta presentación, estoy a disposición de los señores Diputados para colaborar en lo que entiendan oportuno.

Reitero que he realizado una lectura muy rápida del texto, y aunque tenía un rótulo que decía "Versión final", creo que podría hacer algunas sugerencias en cuanto a su estructura y a su redacción. De todos modos, se trata de cuestiones técnicas que no van al fondo del asunto.

En el libro que los señores Diputados tienen sobre la mesa he reunido mis opiniones sobre este tema en términos de filosofía jurídica; en realidad, hice referencia a los criterios que se pueden tener para dar por legitimado el uso de la violencia por parte del Estado en circunstancias como estas. Por supuesto, en el libro está mejor explicada mi opinión de lo que podría expresar hoy; de todos modos, estoy dispuesto a conversar sobre el tema, si fuera del caso.

SEÑORA LAURNAGA.- El día de ayer la Comisión recibió a un encumbrado profesor, y sus análisis me parecieron muy interesantes. Este profesor planteó tres principios básicos: el principio de idoneidad -para pensar la dimensión jurídica de una normativa, el principio de necesidad y el principio de ponderación, que es el principal. En ese sentido, el profesor planteó el derecho de la mujer, ya sea a disponer libremente de su cuerpo o a tomar otras decisiones, versus el derecho a la vida del feto -hizo el planteo en estos términos, sin discutir el tema del principio de la vida, y manifestó que el principio de ponderación obligaría a preservar el derecho irreparable que, en este caso, es el derecho a la vida del feto y no el derecho a la libertad de opción de la mujer.

Por supuesto, no quiero comprometer al doctor Sarlo en su calidad académica al realizar este pregunta, pero quizás pueda dar una opinión al respecto.

SEÑOR SARLO.- En realidad, tendría que reflexionar sobre un argumento que, por cierto, no es nuevo; inclusive, me imagino de quien puede provenir, aunque eso no interesa. Sin duda, el argumento es estándar en la materia.

El principio de ponderación es de racionalidad práctica que viene, por lo menos, desde Aristóteles, por lo que no me parece mal recordarlo. Además, no significa otra cosa que tener presente todas las circunstancias al momento de decidir. De todos modos, hay un momento en el que hay que decidir, y este es el drama de las instituciones, ya que no están solamente para reflexionar. Sin duda, llegado un momento, las instituciones deben concluir el debate y tomar decisiones, y si bien la ponderación debe tenerse en cuenta en el momento actual, también debería haberse considerado cuando se decidió castigar a una persona por incurrir en un acto de esa naturaleza; me refiero a la violencia del Estado. En realidad, cuando se decide mandar preso a alguien, este principio también debería estar ponderado.

Creo que todos sabemos las cuestiones que están en juego y se debe considerar cómo administrar ese difícil momento de manera de que la violencia sea la menos posible, porque no solamente se ejerce violencia contra la mujer, que se ve en una circunstancia de esta naturaleza, sino también contra el médico que debe actuar y contra el Juez que debe disponer la cárcel para personas que se vieron involucradas en este tipo de situaciones. Y, por supuesto, todo eso requiere de ponderación y se trata de tener presente todas estas cuestiones.

Se dijo que lo que se debe hacer es salvar el bien que resulta irreparable pero, en realidad, de antemano es muy difícil saber cuál es el bien irreparable; también puede ser irreparable la conciencia o la estabilidad psíquica de una mujer que se vea condenada a una situación de injusticia. En ese sentido, se debe tener presente que una cosa es

valorar la vida simplemente como un fenómeno biológico y otra tener en cuenta la vida como dignidad, y esto no se puede determinar a piori; ese es el drama del Estado, porque debe tomar una determinación sobre la dignidad de las personas, y para ello no hay fórmulas. Ojalá hubiera fórmulas fáciles para tomar estas decisiones. Entiendo que nos las hay y por eso creo que todos, poco o mucho, deberíamos ayudar a los legisladores que deben tomar esta decisión porque, realmente, es muy difícil.

Aquí también entra en conflicto un aspecto que es básico, y que no puede resolver nadie porque se trata de una cuestión moral. Me refiero a cómo nos reconocemos los seres humanos: ¿lo hacemos como meros fenómenos de vida biológica o como fenómenos morales? Entonces, si nos volcamos por este último, deberíamos hablar de dignidad. Además, ¿es lo mismo cualquier vida con tal de que se salve la fisiología o el proceso vital, o lo que importa es la vida moral? Si priorizamos la cuestión moral, nos tenemos que plantear los problemas de autonomía, los de legitimación del ejercicio de la violencia por parte del Estado y otra cantidad de cosas más.

Reitero que sobre estas cuestiones no hay una última palabra y no hay una fórmula para resolver tan sencillamente el tema, porque todo depende de la interpretación y, sobre todo, de interpretación moral. Y en las cuestiones morales lo que debemos tener en cuenta en primer lugar, tal como dijo el profesor citado, es la prudencia, ya que resolver aspectos morales bloqueando parte de la realidad es una imprudencia, una falta de tino y de sentido racional práctico. Por tanto, se debe tomar en cuenta todas las circunstancias, todas las valoraciones en juego y se debe asumir una responsabilidad histórica de tomar una decisión, que se deberá respaldar.

En realidad, en términos institucionales, las cuestiones se resuelven en lo inmediato -esto lo digo en otros textos en los que me he dedicado a estudiar el tema de una buena legislación -y hay que evaluar situaciones bastante concretas. Para ello, en primer lugar, se debe contar con las mayorías, pero también se deben tener en cuenta las tres revisiones que se le pueden realizar a cualquier ley en la actualidad. Una de ellas es la que realizan los Jueces, ya que las leyes deben pasar la revisión de legitimidad que realiza la Suprema Corte de Justicia ante un eventual pedido de inconstitucionalidad. También debería pasar, si ese fuera el caso, la revisión de un plebiscito y, por último -que hoy en día es una instancia perfectamente previsible-, debería pasar la revisión de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En realidad, se puede hacer un estudio bastante seguro sobre los criterios que se pueden adoptar en estas instancias institucionales. Por supuesto, los políticos son los que más saben sobre lo que puede pasar en un plebiscito; también se puede prever lo que puede suceder en la Suprema Corte de Justicia, como sí también en la Corte Interamericana de Derechos Humanos, conociendo los precedentes y su modo de razonar. Esas son las cuestiones jurídicas, y cuando nos referimos a ellas estamos hablando de las instancias de decisión dotadas de autoridad.

Por supuesto, el problema moral sigue abierto; el problema moral no cambiará por el hecho de que la decisión sea tomada por la mayoría o por la minoría. La moral no se vota ni se decide por autoridad; la moral, por suerte, es una instancia abierta a la libre convicción de cada uno. Por tanto, si este tema se replantea dentro de diez, quince o veinte días o dentro de veinte años, nos encontraremos con que esa instancia seguirá abierta; ¡por suerte!.

SEÑOR AMARILLA.- La profesora López Gómez y la licenciada Farías nos informaron que usted, solidariamente, participó con ellas en el trabajo de investigación que realizó la Universidad de la República sobre este tema. Seguramente, se trata de un

trabajo profundo, serio, exhaustivo y multidisciplinario. En ese sentido, nos preguntamos si tuvo diferentes opiniones o si solamente se trabajó en función de un objetivo teniendo en cuenta la opinión unánime de quienes trabajaron en él.

Más allá de esa consulta, que quedó pendiente de la entrevista anterior -como dije, sabemos que el doctor Sarlo formó parte de ese trabajo y de la conclusión a la que se arribó -quisiéramos hacer otra pregunta.

El doctor Sarlo hizo referencia a la violencia que ejerce o debería ejercer el Estado en función de lo establecido en nuestro sistema penal. En ese sentido, quisiera saber cuántas personas están condenadas y procesadas por los delitos previstos en el Código Penal en relación con el aborto.

SEÑOR SARLO.- No tengo conocimiento de esas cifras, pero creo que deben ser muy pocas. Nunca trabajé en el sistema penal, por lo que no conozco específicamente el tema pero, según trascendidos de prensa, puedo decir que hace tres o cuatro años se procesó a una mujer. También se sabe que algunos médicos, paramédicos o matronas fueron procesados por esta razón; supongo que estaremos hablando de poco más de diez personas pero, en realidad, no tengo estadísticas al respecto.

Como dije, el último caso del que tuve conocimiento y que involucraba a la mujer que se había realizado un aborto, sucedió hace tres años aproximadamente, creo que en Las Piedras o en Pando. En realidad, este tipo de casos son excepcionales, frente a los miles de abortos que todos suponemos, por las investigaciones que se han hecho, que se realizan. En realidad, estas investigaciones coinciden en que se trata de una práctica muy generalizada.

Por otra parte, el trabajo que se realizó con la profesora López Gómez y la licenciada Farías en torno al tema del aborto fue interdisciplinario. En esa ocasión se contó con un equipo de investigación, el cual no integré, ya que solo hice algunos aportes como experto sobre teoría del derecho. Lo que hice fue aportar algunas reflexiones como para analizar el problema en términos jurídicos.

Desde luego, teniendo en cuenta los intercambios, se puede ver que hay diferencias de opinión dentro del equipo; no se trató de una actitud militante, aunque tengo la impresión de que todos, de un modo u otro, eran proclives a formas de despenalización, al igual que los proyectos que se están analizando, que tienen grados de profundidad o de amplitud, porque los conceptos no son unánimes.

SEÑOR PRESIDENTE.- Con respecto al texto que estamos trabajando, algunas instituciones han planteado la posibilidad de que se incluyera la objeción institucional. Hemos contemplado la posibilidad de que un profesional pueda hacer objeción de conciencia, pero se trata de una persona. ¿Se puede equiparar esto a las instituciones?

SEÑOR SARLO.- No cabe duda de que cabe la objeción de conciencia; todos sabemos lo que es la conciencia de cada uno: esa reserva moral que tenemos, que es lo que nos hace dignos, lo que nos hace individuos. Pero que las instituciones tengan conciencia moral parece bastante discutible. Podemos elaborar una teoría y extender el término por analogía, pero sería salirnos del sentido natural del término conciencia.

Cuando hablamos de instituciones, nos referimos a procesos, a autoridades, a reglas; en última instancia, funcionan por mayoría. Por lo tanto, halar de la conciencia de una institución implica que una mayoría ha tomado una decisión de entender tal o cual cosa. Y uno se pregunta ¿qué pasa con la conciencia de los que están en contra de la

conciencia que se votó mayoritariamente en una institución? Entramos en un juego donde ya la discusión cambia totalmente de naturaleza.

Yo hago una división muy radical. Los problemas morales para mí son de conciencia individual. Se puede hablar de una conciencia social, pero es una abstracción que hay que trabajarla muy bien porque no es fácil. Se trata de categorías interpretativas que vienen muy bien para hablar de algunas cosas, como de la conciencia o de la ética del uruguayo. Se puede hablar de eso, pero nunca es claro cómo se puede comprobar y, sobre todo, cuando se incluye en una ley donde se supone que hay que ser lo más preciso posible.

Ahora bien: por razones de política institucional una institución podría pedir la exoneración; es un problema político. No traslademos el mismo tenor de la conciencia individual a las instituciones porque la naturaleza es muy distinta. Pero sí podría ser que por razones de política institucional alguien pidiera la exoneración del régimen; eso sí tiene sentido. Es un problema político.

Pero trasladar la conciencia a las instituciones no se puede porque en ese caso estaríamos diciendo que las instituciones pueden adueñarse, por vía de mayorías, de la conciencia de todos sus miembros, y en un sistema democrático esto no me parece razonable. La conciencia moral tiene que ser una reserva del individuo que es lo que le permite participar, argumentar públicamente y defender posturas, pero cuando se llega a las decisiones, diría que siempre son jurídicas porque si no estamos contaminando un campo con el otro. Es una opinión personal. La experiencia histórica es que cada vez que las instituciones -sea el Estado, una institución privada o lo que fuera -expropia la facultad de decidir moralmente, estamos en problemas.

SEÑORA LAURNAGA.- El profesor Sarlo está colaborando de una manera brillante en un programa de formación, de capacitación, en técnica legislativa; tengo el honor de estar en esta Comisión.

Tenemos un texto acordado con el señor Diputado Posada, pero en mi opinión deberíamos profundizar más en algunos aspectos. Quisiera referirme a tres puntos vinculados al texto.

La primera pregunta es de técnica legislativa: si los requerimientos establecidos en ese proyecto de ley no atentan contra su eficacia. Digo esto porque la persona tiene una consulta médica, luego tiene que ver a un equipo de tres personas del sistema de salud, después tiene cinco días para reflexionar y luego ratificar su decisión. En mi opinión, mucha gente seguramente vendrá a la primera instancia y luego no concurrirá a ninguna otra y como es muy fácil el acceso al misoprostol, seguramente pueda perderse la eficacia de la ley con una intención muy sana, que es la de garantizar los mejores recursos para esa persona.

Usted señaló un argumento muy interesante: el ejercicio de la violencia. Me pregunto si el hecho de que este tribunal sea un requisito obligatorio no es, de alguna manera, un rasgo de "violencia" -entre comillas, en el sentido jurídico, no en el sentido moral o personal, y si no sería más adecuado que eso estuviera a disposición de las personas sin ser obligatorio.

La tercera puntualización tiene que ver con la necesidad de armonizar las normas. La Ley de Salud Sexual y Reproductiva prevé herramientas al servicio del interés o de la necesidad de las personas tanto antes como después del aborto para contener esa situación. Me pregunto si este requisito establecido en el proyecto de ley acordado, no desarmoniza con otra ley, como la de Salud Sexual y Reproductiva.

SEÑOR SARLO.- Nosotros como sociedad -y el Parlamento como tal -pagamos un precio por el modo de discutir leyes que es contraindicado; me refiero a discutir sobre textos redactados. En realidad, uno debería discutir objetivos políticos, herramientas, instrumentos y dotación de recursos y la redacción debería ser el último punto. Primero habría que estar de acuerdo en qué es lo que se quiere. En cambio, en nuestra cultura parlamentaria se presenta el proyecto y luego se empieza a negociar su redacción. Esto es nefasto para la calidad de las leyes, para la calidad de los acuerdos y para su aplicación por parte de los Jueces.

Usualmente se dice que en el Parlamento no hay muchos abogados, pero los abogados no podrían hacer nada, ¡es un problema político! Se dice que no saben redactar; ¡mentira! ¡No es que no sepan redactar! El problema es que se negocia políticamente el texto de una ley y eso es lo que no corresponde. Si uno necesita hacer una escritura, no se negocia con el escribano la letra sino que se le dice lo que se quiere y se le pide que se le dé forma, de modo de que cuando un Juez deba interpretarlo, no tenga dudas sobre lo que se acordó.

Sin embargo, nosotros entendemos las cosas de otra manera: históricamente lo hemos entendido como una negociación a la letra, peleamos por una coma, por tal término. Entonces, no tengo respuestas, no tengo solución en un estilo de legislación como esta. Debemos asumir que los tiempos y los objetivos políticos priman sobre cualquier otra consideración.

En teoría del derecho distinguimos entre proclamar una cosa y establecer el acceso a los derechos o la procedimentalización del derecho, y en eso se juegan cantidad de cosas. El Parlamento tendrá conciencia de la cantidad de derechos que ha consagrado; sin embargo, los derechos no rigen porque no funcionan en base a lo que diga una decisión formal del Parlamento porque requieren de dotación de recursos. ¿Cuánto hace que se votó el derecho de los ciudadanos discapacitados a tener un acceso franco a cualquier edificio público? Supongo que cinco años, por lo menos. Recién la Universidad está haciendo el acceso para esas personas. No solo basta con decretar, sino que las cosas se deben concretar; son recursos que hay que sacar de otros lados.

Otra característica es que tenemos la vocación de reconocer derechos sin pensar en sus procedimientos de acceso ni en los recursos que hacen posible que esos derechos se efectivicen. Esto también genera problemas.

El pensamiento anglosajón, que es muy práctico, dice que primero hay que pensar cómo se ponen en práctica los derechos y luego en las proclamaciones; recursos, procedimientos accesibles, francos, claros y que los jueces estén dispuestos a respaldarlos. Eso es lo que importa para cualquiera que crea derecho.

Ni qué hablar que es necesaria la armonización porque para una instancia como esta lo que importa es lo que dice la ley. Cuando la ley es leída por la academia y por los Jueces miran todo el conjunto y ahí empiezan los problemas de armonización. Esa mirada es difícil de hacer en el fragor de una discusión. Habría que tomar una distancia práctica para ver el problema desde otro lugar que no es el de la urgencia de las decisiones políticas. Por poner un ejemplo, hay que ver un Juez situado ante la necesidad de procesar a una mujer que fue una vez, manifestó su voluntad, pero luego no pudo volver porque no tenía dinero. ¿Qué hace un Juez en esa situación? Porque la política pública parece que va por el lado de no criminalizar esa situación, pero la letra de la ley dice otra cosa: no cumplió con el procedimiento que se le había pautado. El problema es que otra vez los Jueces terminan decidiendo -no pueden dejar de hacerlo -de acuerdo a su conciencia. Algunos son más liberales, otros menos y lo harán como puedan. Si los

resultados son muy diversos, esto es lo que a veces desacomoda la lectura que se hace del derecho.

Hay algo que no me queda claro se establece que la comisión tendrá al menos tres integrantes, pero me sorprendió que un artículo establezca que se debe garantizar la participación de todos los profesionales que quieran, con lo cual no hay un límite. Entonces, si algún grupo dice: "Vamos a trancar esto porque no nos gusta; vamos a inscribir cincuenta profesionales"; eso implica convocarlos a todos y como chicana podría funcionar perfectamente.

Por ley es muy difícil regular estas cosas, que deberían estar confiadas al Ministerio de Salud Pública. La idea es marcar la política -políticamente entendemos que tiene que haber una instancia de reflexión-, pero cometer al Ministerio de Salud Pública que lo reglamente, de manera de evitar trancar el procedimiento y regularlo.

Debería cometerse la creación de estos equipos con tiempo, porque se regula donde se establece el procedimiento de consulta. Tendría que estar por un lado el procedimiento, que fuera seguro y accesible, y los equipos interdisciplinarios tendrían que estar previstos en otra parte de la ley: cuándo tienen que crearse, con qué características. La parte institucional debería estar afuera, en otro artículo. Es bueno que la regulación se vaya adecuando a la realidad que se constata. La ley no puede establecer cosas demasiado estrictas porque después se vuelven inaplicables u obligan a su violación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos al doctor Sarlo el valioso aporte a la Comisión.

(Se retira de Sala el Director del Instituto de Filosofía del Derecho de la UdelaR)

(Ingresa a Sala la doctora Alicia Castro, Profesora Agregada del Instituto de Filosofía del Derecho de la UdelaR)

—— La Comisión tiene el gusto de recibir a la doctora Alicia Castro, Profesora Agregada del Instituto de Filosofía del Derecho de la Pudelar, a quien invitamos para que comparta con nosotros sus opiniones, a efectos de que nos puedan ayudar en el estudio del proyecto de ley relativo a la interrupción voluntaria del embarazo.

SEÑORA CASTRO.- Quiero hacer alguna puntualización, que quizás aclare más desde dónde estoy opinando.

Soy Profesora Agregada de la Cátedra de Filosofía del Derecho, pero también soy la docente encargada de una asignatura opcional que se empezó a impartir el año pasado en la Facultad de Derecho, que se llama Derecho y Género. De modo que mi punto de vista quizás esté influido por esta nueva encarga Tura. Además, soy magistrada judicial, pero supongo que esto no incide demasiado en mi punto de vista, en este caso.

Tuve oportunidad de opinar en Comisión sobre el proyecto que se aprobó en la Cámara de Senadores. Más allá de algunos ajustes que se introdujeron y de algún otro pequeño ajuste que no figuró, me parecía un buen proyecto. Sigo sosteniendo lo mismo, aunque no hablo desde la política, sino desde mi especial punto de vista.

Para esta convocatoria, leí con un poco más de detenimiento los otros dos proyectos alternativos: el del señor Diputado Amado y el del señor Diputado Posada. Son diferentes entre sí y difieren del original. Me voy a referir al del señor Diputado Posada. Me parece que esta iniciativa implica un cambio profundo en la filosofía del proyecto que aprobó el Senado y se alinea con posiciones un poco más conservadoras.

Voy a comenzar hablando de cosas que quizás para ustedes sean obvias, pero para mí importan en cuanto a cómo encarar el tema. Uruguay ha ratificado derecho internacional de derechos humanos -los pactos de la ONU y la Convención Interamericana de Derechos Humanos, pero también ha ratificado Cedaw, y es en ese marco que nos parece que el tema tiene que ser enfocado. Me parece relevante ver la cuestión desde el punto de vista de los derechos humanos, en particular de los derechos humanos de las mujeres, y más en particular del derecho humano de las mujeres en el ámbito de los derechos reproductivos.

En ese sentido, me parece que hay que encarar la cuestión desde el ángulo de que la maternidad es un derecho y no puede ser una imposición. La mujer tiene el derecho -que debe serle reconocido- a decidir el número de hijos que va a tener, los intervalos entre los nacimientos y, como ser humano con capacidades plenas e iguales derechos que los hombres, debe tener la posibilidad de decidir si en determinadas circunstancias de su vida quiere o no ser madre, cuándo no quiere hijos y de quién no los quiere.

A mi modo de ver, esto se conecta -estoy hablando en un plano de generalidades -con dos cosas. Por un lado, hay un imperativo de despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo. Cualquiera de los proyectos satisface, en distinta medida, esa alternativa. Es decir, no estamos hablando de una supresión absoluta del delito de aborto, sino de la supresión del delito en caso de las interrupciones del embarazo consentidas por la mujer y dentro de ciertos límites. En ese sentido, me parece que hay un matiz importante entre los dos proyectos anteriores y el del señor Diputado Posada. El artículo 1° del proyecto del señor Diputado Posada dice que no será penalizada la interrupción voluntaria del embarazo en determinadas circunstancias. Sabemos que en derecho no ser penalizado significa no ser penalizado, pero no significa que no sea delito. En ese sentido -creo no equivocarme, leí un proyecto anterior en el que había un artículo 1° con una redacción diferente. En suma, me parece que la despenalización del aborto inclinaría a señalar que en esas circunstancias no existe delito de aborto y no simplemente que el aborto no es penalizado.

Una de las líneas que para mí se deducían de la plataforma de los derechos iguales de hombres y mujeres era la no penalización de la interrupción voluntaria del embarazo; la segunda línea iba por el lado de la legalización, que no es exactamente lo mismo, sino que apunta a un derecho asistencial o prestacional en cuanto a que en determinadas circunstancias la interrupción voluntaria del embarazo sea atendida en condiciones sanitarias aceptables en el sistema de salud. Eso está resuelto satisfactoriamente en los tres proyectos.

En lo que me es personal, tengo algunas diferencias con el proyecto del señor Diputado Posada respecto a la consulta médica preceptiva que se impone a la mujer que ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo. Me parece que es tratarla como si fuera un ser con menor capacidad para la información y el discernimiento que lo que podemos suponer respecto de los hombres. ¿Por qué es necesario que la mujer que ha decidido en conciencia interrumpir su embarazo -supongo que un aborto no es una cuestión que le guste hacerse a nadie; nadie lo hace alegremente o como un deporte -tiene que pasar por esta especie de control social sobre su intimidad, tiene que ir al médico a decirle las circunstancias derivadas de la condición en que ha sobrevenido la concepción y tiene que encontrarse con un equipo médico en el que necesariamente hay un objetor? Además, el equipo tiene que darle información. No está mal informar, pero esta es una información que se le obliga a recibir aunque la tuviera o aunque no hubiera querido solicitarla. Me parece que el énfasis del equipo está puesto en disuadirla de la

decisión. Eso se completa con la necesidad de tener en cuenta el punto de vista del padre.

En esa línea, advierto una diferencia que no me parece justificada en el tratamiento de esta situación en una mujer. Me pregunto si la reglamentación sería la misma para el caso -por supuesto imposible -de que el embarazado fuera un varón. ¿Se consideraría que un varón necesita una comisión médica que lo oriente y le diga si tiene o no tiene que ser padre, si le conviene ser padre, si debe tener al chico para darlo en adopción? Sinceramente, me parece que esto implica una especie de "capitis diminutio" o una consideración en menos de la mujer.

Esto no es una acusación a nadie, sino que es el reflejo de una mentalidad, más o menos conservadora, que todos tenemos adquirida, en particular las personas formadas en derecho, que muy fácilmente tendemos a pensar que las mujeres jóvenes, solas o pobres son suficientemente inexpertas y van a tomar malas decisiones sobre su vida si no viene un equipo a tratar de decidir por ellas. Quizás fui un poco ruda, pero es así como lo percibo.

En general, cualquiera de las iniciativas merece aprobación. Quizá se podría salvar la diferencia entre no penalizar y no ser delito; cualquiera de ellas es una solución preferible a la situación actual, aunque alguna es menos satisfactoria que otra.

No tengo más que aportar en este sentido. Solo habría minucias. Yo ya había planteado por qué es preceptivo oír a la menor de edad y no es preceptivo oír a la incapaz, que puede ser incapaz en algunos sentidos, pero en cuanto a sus derechos reproductivos merecería que no solo dependiera del curador el pedido de la autorización o que la autorización se negara o se concediera por el Juez, escuchando solamente al curador.

SEÑOR POSADA.- La doctora se planteaba en su intervención una serie de interrogantes. Creo que esas interrogantes están contestadas, de alguna manera, en la exposición de motivos del proyecto que presenté. Mi visión respecto a este tema es que tenemos un conflicto de valores, un conflicto entre dos derechos: el derecho a la vida del ser concebido y el derecho de la mujer a disponer sobre su cuerpo. La doctora se expresa a favor de uno de estos derechos y, lógicamente, en la medida en que se expresa a favor de uno de estos derechos juzga, a mi juicio en forma equivocada, la otra postura.

Creo que la participación de este grupo interdisciplinario trata, precisamente, de hacer relevantes los dos derechos, ese conflicto de valores que está en pugna desde hace bastante tiempo en nuestra sociedad, sobre lo cual debemos avanzar. Debemos avanzar para tratar de conocer la realidad. Hoy, sobre esa realidad tenemos un absoluto desconocimiento. Hay estimaciones que no tienen ninguna base de registro estadístico que puedan demostrar su importancia; personalmente creo que tiene mucha importancia.

A través de esta iniciativa buscamos incidir en una realidad. Cuando se trata de incidir en una realidad para cambiarla, lejos de plantear una postura conservadora, estamos teniendo una postura proactiva para tratar de cambiar una realidad. Lo conservador es dejar las cosas como están, es decir, dejar que la realidad siga siendo la que es, sin tener la posibilidad de incidir sobre ella. Este proyecto trata de incidir.

Repito que en la exposición de motivos hay una amplia referencia, incluso a la legislación comparada, respecto a cuáles han sido los modelos que hemos tomado como inspiración -en particular, el alemán- a los efectos de plantear esta iniciativa.

SEÑORA LAURNAGA.- Creo interpretar el concepto de conservador que la doctora utilizó; fue en el sentido de parecido a lo vigente. Eso fue lo que interpreté; no lo veo como una cuestión descalificante.

(Diálogos)

—— Quisiera que la doctora profundizara un poco más en la controversia de fondo que plantean estos proyectos, que es la tensión entre dos derechos: el derecho a la vida y el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo, y las distintas formas de interpretación de esa protección. ¿Qué vale más? ¿El derecho a la libertad, el derecho al ejercicio libre de los derechos, el derecho a la vida?

En cuanto al grupo médico que establece el proyecto del señor Diputado Posada, ¿considera que ya está previsto en la oferta de atención que prevé la Ley de Salud Sexual y Reproductiva? En ese caso, ¿se podría estar produciendo una especie de duplicación? ¿Cómo podríamos resolver esa cuestión? ¿Tendría que haber una disposición en este proyecto de ley que refiera a las herramientas preexistentes?

SEÑORA CASTRO.- Aclaro que decir que alguien es conservador no necesariamente es descalificarlo. Pero yo no dije que el señor Diputado fuese conservador ni que el proyecto fuese conservador, sino que va un poco más en línea con el pensamiento conservador. Me refería a que, comparándolo con el proyecto aprobado por el Senado, este tenía un mayor perfil de avance en el sentido del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Es conservador no por lo que cambia, sino por lo que no cambia. Esa es mi modestísima opinión.

De todas maneras, creo haber dicho que me congratulo de que haya tres proyectos y de que el tema se esté moviendo. Con cualquiera de los tres proyectos haríamos un avance interesante.

En segundo lugar, se me pedía que dijese algo sobre el tema -que es el más difícil en este asunto -relativo al conflicto que asumimos y que existe entre los derechos de la mujer no a su cuerpo. No lo estoy planteando como un derecho a su cuerpo ni como una consecuencia del derecho, es decir, igual derecho igual libertad, sino que lo planteo específicamente bajo el nombre que ello tiene en el lenguaje de los derechos humanos actuales. Me refiero a los derechos reproductivos que supone mi derecho a reproducirme y mi derecho a no reproducirme si no quisiera hacerlo. Este es un derecho que se reconoce para las mujeres y para los varones. ¿Cómo llevarlo adelante? ¿Cuáles son sus límites? Bueno, esta es la tarea del legislador. Entonces, habría que analizar el alcance de los derechos reproductivos. El conflicto está entre los derechos reproductivos de las mujeres y ese atribuido derecho a la vida del concebido.

Desde mi perspectiva hay muchas opiniones en cuanto a tener derechos y como docente de teoría del derecho estaría mal que los engañara diciendo que hay una sola. Como decía, hay muchas opiniones sobre en qué consiste tener derechos pero de algún modo los derechos resultan establecidos por convenciones, tratados, constituciones, leyes y normas. No conozco ninguna de esas normas que establezca un derecho irrestricto del concebido antes de las doce semanas de vida. Lo que se estaría haciendo con cualquiera de estos proyectos es reconocer un derecho a la vida del embrión a partir de las doce semanas. Lo anterior francamente es una construcción que hace la religión, la doctrina, acerca de un alcance atribuido a un derecho a la vida. De hecho nuestro Código Civil reconoce la calidad de persona a partir del nacimiento, si naciere viable y tuviera veinticuatro horas de vida. Es decir, no estamos quitando un derecho a nadie sino regulando un posible conflicto de intereses y, ni siquiera me animo a decir que lo que está

en juego es el interés del concebido. Por un lado, hablamos del interés de la mujer en su derecho a dirigir su reproducción y, por otro, un hipotético derecho que tendría la sociedad a que las mujeres tuvieran hijos. No podemos hablar de un sujeto de derecho y de hecho, ni siquiera la doctrina penal habla de ello en el caso del embrión que no tiene el desarrollo neurológico mínimo como para que a partir de la semana doce, diez, once o veintitrés lo protejan las normas.

En definitiva, no estamos en el terreno del derecho sino de la moral y de la filosofía, y aquí las opiniones son personas y todas son respetables.

En cuanto a la pregunta planteada por la señora Diputada Laurnaga de si la consulta preceptiva de alguna manera no estaría repitiendo la consulta o el asesoramiento que actualmente se está dando. Una cosa es que yo vaya al médico, este me asesore, me informe sobre todo lo que a él le parezca pertinente y que a mí me interese preguntarle y, otra diferente, es que yo tenga obligación de llevar mi caso a una consulta de tres integrantes. Trabajo en un tribunal y estoy acostumbrada a trabajar de a tres. No siempre los tres opinamos lo mismo y cada cual trata de tener razón. Entonces, la mujer ve su problema negociado por tres voces y probablemente se vaya de la consulta. Ojalá que se vaya esclarecida pero a lo mejor se va con el mismo problema o capaz que con uno peor que el que llevaba, pero ciertamente no se irá desprevenida.

No sé si esta duplicación es buena o mala. Me parece que obligar a la mujer a someter su decisión a una previa consulta con un equipo médico, solo refuerza la autoridad social que tiene la medicina. También se me podrá preguntar porqué no se la envía a consultar con los Jueces con quienes yo estaría de acuerdo. Pero creo que hay decisiones que la gente tendría que tomar sin médicos y sin Jueces o recurriendo a médicos y a abogados en la medida en que se considere necesario. Ello tiene que ver con la presunción de que la mujer no va a tener la madurez suficiente para tomar la decisión; es posible que esto ocurra en algunos casos pero no es de regla. Esta es mi opinión. Tal vez yo pudiera decir que esto implica perder más tiempo, que nos acercamos peligrosamente a las doce semanas y que con la morosidad del funcionamiento del sistema podemos arriesgar a que cuando la mujer tenga su decisión formada ya estemos fuera del plazo, etcétera. Todo esto puede ser discutible.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia y los aportes vertidos a esta Comisión a la doctora Alicia Castro, que sin lugar a dudas van a enriquecer el trabajo que tenemos por delante en un tema difícil.

SEÑORA CASTRO.- Agradezco muchísimo la atención prestada y, reitero que creo que cualquiera de las decisiones van a representar una mejora.

(Se retira de Sala la doctora Alicia Castro)

SEÑOR PRESIDENTE.- Se pasa a intermedio hasta la hora 17, cuando la Cámara autorice a esta Comisión poder sesionar.

Continúa la reunión.

(Ingresan a Sala el señor Subsecretario de Salud Pública, el señor Presidente de la Junta Nacional de Salud y asesores)

—— Damos la bienvenida al doctor Leonel Briozzo, Subsecretario de Salud Pública; al doctor Luis Gallo, Presidente de la Junta Nacional de Salud, y al doctor Fernando Rovira y al señor Gonzalo La Rosa, asesor jurídico y adscripto del Subsecretario, respectivamente. Agradecemos vuestra presencia en la tarde de hoy para compartir con

esta Comisión sus opiniones y análisis respecto del proyecto que convoca el trabajo de la Comisión.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Es un gusto tener la oportunidad de comparecer frente a ustedes en este tema tan importante como dilemático, que además de hondas raíces de profundo conflicto ético -que entendemos -tiene una repercusión social y sanitaria que lo convierten en prioridad absoluta para cualquier gobierno y Estado moderno.

En Uruguay hemos venido trabajando directamente en nuestro rol académico en las clínicas ginecotológicas de la Facultad de Medicina del Hospital Pereira Rossell desde hace más de diez años. Hemos venido desarrollando una estrategia novedosa, inédita y original a nivel mundial, que es de reducción de riesgo y daño en abortos provocados en condiciones de riesgo. Básicamente plantea la necesidad de que, frente al hecho consumado de un embarazo no deseado, el sistema sanitario como parte del sistema de protección social que todo Estado debe tener, ampare a la mujer que vive esa situación tan dramática, asesorándola con respecto a las prácticas de menor riesgo e, inclusive, buscando la manera de que revise la posibilidad de continuar el embarazo y de que, si así no lo decide, tenga acceso a una interrupción del embarazo lo más segura posible, atendiéndola luego de que ocurra esta circunstancia tan dramática, para prevenir complicaciones y, sobre todo, para prevenir nuevos embarazos.

Esa estrategia que hemos denominado "Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo" fue reconocida por el marco sanitario, primero, en 2004, cuando el entonces Ministerio de Salud Pública, dirigido por el doctor Conrado Bonilla, aprobó la Ordenanza 369/04, que hizo que esta estrategia sanitaria haya sido implementada en el sistema de salud. Luego, en 2008, es incluida en el Capítulo IV de la Ley N° 18.426, Ley de Salud Sexual y Reproductiva, que fue votada en el Parlamento y promulgada por el entonces Presidente Tabaré Vázquez.

En base a esta estrategia podemos decir que Uruguay hoy está en una situación única a nivel mundial, ya que es el único país que tiene una legislación muy atrasada -me atrevería a decir anacrónica, porque es extremadamente antigua, data de 1938 -con respecto a esta situación tan dramática y dilemática como es la interrupción del embarazo, que no se cumple, pero concomitantemente avala y estimula que el sistema de salud, lejos de cerrar la puerta a la mujer que se encuentra en esta situación y a su entorno, genere un marco de confianza y de confidencialidad en la relación con el equipo de salud, para que en ese contexto tome la decisión de manera más consciente, libre e informada, y sobre todo más segura para su vida y su salud. Hemos hecho múltiples publicaciones al respecto. Se han ganado premios a nivel mundial -los últimos dos fueron otorgados por la OPS en marzo y mayo de 2012 -que reconocen esta estrategia.

Este modelo que ya se llama "Modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño" ha sido adoptado por otros países. El Gobierno brasileño ha firmado un convenio con el Ministerio de Salud Pública de Uruguay para expandirlo en Brasil. Argentina, Perú y Ecuador, entre otros de la región, así como también países africanos como Uganda y Nigeria, están trabajando con este modelo que hemos desarrollado en nuestro país.

Es desde esa perspectiva sanitaria y profundamente comprometida con la salud y la vida de nuestras mujeres y de nuestra sociedad que planteamos ese enfoque a este debate que se está haciendo en el Poder Legislativo, que hemos seguido muy de cerca. Creemos que esto va a ser un gran avance para la salud pública a nivel nacional -en particular para la salud de las mujeres, en base a la defensa y a la promoción de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos como derechos humanos.

Con respecto a la estrategia a la que hacía mención, la Cepal -Comisión Económica para América Latina-, en la conferencia de Quito del mes de julio, aprobó la recomendación para todos los países de América Latina y El Caribe para el desarrollo de este modelo de reducción de riesgo y daño llevado a cabo en Uruguay, lo cual es un privilegio para el país ya que es la primera vez que esta Comisión aborda este tema sanitario tan complejo y adopta el modelo que hemos desarrollado aquí, probando eficacia.

En cuanto al proyecto que nos han enviado y que hemos estado analizando, estamos a su entera disposición para todo tipo de preguntas. A esta altura, mi opinión es bastante conocida. Esta es la novena comparecencia al Poder Legislativo con respecto a este tema. No creo que pueda agregar nada nuevo. Sí quiero plantear que el proyecto que presenta el señor Diputado Posada es novedoso y tiende a buscar una solución que vemos con muy buenos ojos -lo hemos dicho públicamente-, una solución muy pragmática que intenta, al igual que la filosofía de lo que hemos desarrollado en nuestro país, no entrar en el tema ético ni de principios que rodea esta situación, sino que busca una solución en un proceso largo que tiene nuestro país así como todos los países del mundo y la humanidad con respecto al aborto. Este tema no se va a saldar nunca; siempre va a haber cosas nuevas.

Quisiera hacer algunos comentarios con respecto al proyecto del señor Diputado Posada que nos parece importante que queden marcados. En el artículo 3° se plantean los requisitos. Pensamos que al reglamentar el equipo multidisciplinario que tendrá a su cargo la información a la mujer relativa a los contenidos y a la ley, a las características del aborto y a sus riesgos inherentes, el proyecto no toma en su cabalidad lo que expresa la Ley N° 18.426 de defensa de la salud sexual y reproductiva, que en su artículo 6° establece que la salud sexual y reproductiva forma parte de los programas integrales de salud, que contemplarán la integración de los equipos multidisciplinarios a que este proyecto hace referencia y la creación de los servicios de atención de salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos. En consecuencia, es lógico que los cometidos que se asigna en el proyecto a los equipos multidisciplinarios sean cumplidos por los ya creados por la Ley N° 18.426 en cuanto a que son absolutamente compatibles con esto.

La propuesta que hace desde el punto de vista jurídico nuestro asesor, el doctor Rovira, es armonizar este proyecto de ley con el ya existente, de forma de establecer claramente que hoy ya tenemos esto. Hoy ya existen los equipos de salud sexual y reproductiva en todas y cada una de las instituciones, a lo largo y ancho del país. Hoy, toda mujer uruguaya, de acuerdo con la Ley N° 18.426, con la reglamentación de la ley que hicimos el año pasado y con las guías de práctica clínica, tiene derecho a la atención por parte de un equipo capacitado, multidisciplinario, que va a tener la posibilidad de abordar todos los temas de salud sexual y reproductiva, inclusive asesorar con respecto a la interrupción del embarazo. Hoy se está haciendo y eso es lo que posiciona a Uruguay como el país de toda América Latina con la menor mortalidad materna y la menor morbilidad por el aborto inseguro.

Ya contamos con estos equipos; ya están trabajando en las instituciones; ya han sido capacitados por el Ministerio. Están integrados por un ginecólogo, una partera, una psicóloga o un psicólogo, una licenciada en enfermería y un coordinador que articula con el Ministerio de Salud Pública a través del área de salud sexual y reproductiva.

SEÑOR BIANCHI.- Como soy miembro informante del proyecto de donación y transplante de células, órganos y tejidos que se va a tratar ahora en la Cámara, quiero pedir disculpas porque debo retirarme.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En otro artículo se refiere al aborto en caso de violación. Nosotros entendemos que en los casos de violación tiene que discutirse mucho el plazo para poder hacerlo, porque es una temática extremadamente compleja. Creemos que hay que abordar con mucha claridad el plazo específico para poder interrumpir el embarazo en las situaciones de violación.

Otro asunto complejo y conceptual es el de la objeción de conciencia eventual que podrían plantear algunas instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. Desde el punto de vista conceptual, creemos que la objeción de conciencia es un derecho inalienable de los profesionales de la salud, de las personas que ejercen una profesión sanitaria y que, como tal, es inherente a ella la necesidad de que la no atención que se dé cuando hay objeción de conciencia, en este caso frente a una mujer que cursa un embarazo no deseado, traiga implícita la derivación y el acompañamiento a esa mujer a otro profesional que sí provea ese asesoramiento. Con esto me estoy refiriendo a la órbita individual.

En la órbita institucional consideramos, en primer lugar -entendemos que es algo discutible; luego podemos profundizar en esto-, que no existiría la posibilidad de que una institución como tal hiciera objeción de conciencia, ya que es muy discutible que las instituciones como tales tengan conciencia. Pueden tener principios, idearios, valores constitutivos plasmados en su misión, en su visión, en sus objetivos institucionales, no así conciencia, que es la cualidad suprema que separa a los seres humanos del resto de la escala animal: una persona, de manera responsable, libre e informada, puede tomar determinadas decisiones sobre su vida y sobre su situación. No creemos que este sea el caso de las instituciones.

Además, creemos firmemente que todas las instituciones, de acuerdo al marco legal vigente en nuestro país, tienen el deber de prestar estos servicios. Porque los servicios de salud sexual y reproductiva integrales, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo, son eventos que pueden transcurrir en la peripecia vital de cualquier mujer a lo largo de toda su vida. La Ley Nº 18.111, del Sistema Nacional Integrado de Salud, no prevé de ninguna manera que haya prestaciones específicas que las pueda hacer otro que no sea la institución de la cual la mujer es usuaria o afiliada, tanto a nivel público como privado. Nosotros no compartimos esto, aunque comprendemos que haya instituciones que se niegan a implementar este servicio, en cuyo caso se podrían buscar soluciones a la excepcionalidad que significa eso, pero no plantear objeción de conciencia institucional. Este es un concepto que no secundamos.

SEÑOR POSADA.- Quisiera dejar una constancia, que me parece importante.

En la formulación de este proyecto que por el año 2002 o 2003 realizamos junto con el señor Courtoisie, una de las personas que entrevistamos fue al doctor Briozzo como responsable del Programa Iniciativa Sanitaria. Esa experiencia, que recién comenzaba a implementarse, pero de la cual ya había una valoración -inclusive, ya se había realizado una publicación, constituía, sin duda, una experiencia exitosa que fortalecía la idea que nosotros planteábamos. Por tanto, en la exposición de motivos hicimos especial referencia a esta experiencia porque siempre la consideramos muy importante y que abrió caminos en un área donde prácticamente todos estos temas estaban vedados.

El señor Subsecretario hacía mención al plazo en caso de violaciones. En la medida en que ha habido varios planteos en ese sentido, me parece que sería oportuno escuchar la opinión del Ministerio al respecto.

SEÑOR AMARILLA.- Con respecto a la objeción de idearios o de principios de las instituciones, pregunto si no se considera pertinente que pudieran ampararse a dicha objeción aquellas instituciones que tienen claramente principios estampados en sus estatutos, que les impedirían la práctica de interrupción del embarazo. Esto ha sido recogido en algunas legislaciones, como la de la Unión Europea, cuya Asamblea Legislativa hace un par de años adoptó una resolución por la que ampara esa excepción.

Esta mañana recibimos a algunos integrantes de cátedras de la Universidad de la República, y se hizo referencia a la falta de datos, sobre todo referidos a complicaciones posaborto. También me gustaría saber qué datos tiene relevados el Ministerio de Salud Pública en aplicación del Programa Iniciativa Sanitaria en cuanto a las consultas previas al aborto. Creo que estos elementos podrían ser importantes a la hora de cuantificar este problema en la sociedad uruguaya.

SEÑORA LAURNAGA.- Quiero agradecer a la delegación del Ministerio de Salud Pública por su comparecencia, a pesar de ser la novena vez que viene por este tema. En realidad, llevamos cien años discutiendo este tema en el Uruguay. Todos sabemos que se trata de algo delicado, y se agradece la paciencia para contestar preguntas que tal vez ya fueron formuladas por otras personas.

Me interesaría saber cuáles son los mecanismos que hoy ya existen, que podrían habilitar una excepcionalidad para algunas instituciones de salud, a fin de no legislar sobre una normativa que ya existe; hasta donde sé, en algunos casos hay acuerdos con el Banco de Previsión Social que pueden habilitar eso.

También quisiera saber ante qué tipo de casos se ha solicitado la excepcionalidad. En realidad se me planteó el problema recién ahora en relación a la vida. Parece ser que el debate sobre la vida para instituciones de carácter religioso -que son las que lo han planteado acá -es muy importante, pero también ha habido solicitudes de excepcionalidad para casos de vasectomías, de ligaduras de trompas e, inclusive, para otras intervenciones médicas que son costosas, simplemente por serlo, como alguna cirugía especializada. Concretamente, quisiera saber cuál es la magnitud del problema que se generaría en el Sistema Nacional Integrado de Salud al admitir una excepcionalidad en este caso.

SEÑOR GALLO.- Es un gusto debatir un tema sobre el que hemos trabajado mucho en los dos períodos anteriores.

Con respecto a la pregunta de la señora Diputada Laurnaga, en cuanto a la interrupción del embarazo no hay ninguna excepcionalidad, porque no tenemos herramientas legales que nos permitan hacerlas por lo que explicó el señor Subsecretario.

Lo que sí hemos trabajado y sobre lo que hemos recibido múltiples consultas es por las ligaduras tubarias. El Círculo Católico ha hecho lo que nosotros creemos es la herramienta que debemos utilizar para este caso, que es la contratación de otra institución, a los efectos de que sus usuarios tengan garantizada esta prestación a través de otra mutualista que no sea el Hospital Evangélico o el Círculo Católico. Lo que tenemos que garantizar a todos los usuarios del sistema es la prestación. Por la Ley Nº 18.211 y un artículo del contrato de gestión no puede haber excepcionalidad.

En una reunión que mantuvimos con Monseñor Cotugno, él nos planteaba la posibilidad de subdividir la cápita: que de la cuota Fonasa, el 98% de la cápita fuera al Circulo Católico y el 2% a la institución que el usuario eligiera para los servicios de salud sexual y reproductiva. Eso es totalmente imposible de hacer y buscábamos -porque queremos flexibilizar y tratar de llegar a acuerdos -tercerizar los servicios, sabiendo que la responsabilidad de las complicaciones que pudieran surgir -en este caso, de la interrupción del embarazo o de cualquier procedimiento quirúrgico de ligadura tubaria -es de la institución de la cual es socio el usuario y no las que prestaron el servicio tercerizado.

Se han hecho tres o cuatro excepciones con el Círculo Católico, que ha atendido el Banco de Previsión Social, con el que hay un convenio firmado. El Hospital Evangélico no lo ha hecho así, porque hace vasectomías y ligaduras sin ningún tipo de problemas. Hemos transmitido esto a las instituciones y, en el caso de aprobarse el proyecto de ley, habrá que buscar toda la flexibilización que nos sea permitida sin violentar los principios que rigen el sistema.

SEÑOR AMARILLA.- Las instituciones nos han manifestado que la tercerización no es solución para ellas porque, en definitiva, es como hacerlo ellas mismas; es violentar su ideario pagando a un tercero para que lo haga por ellas. Coincido con su posición porque terminan violando sus estatutos y sus principios.

Atento a los pocos casos, sería mejor abrir el corralito mutual para que estos usuarios puedan emigrar hacia otras instituciones. Estas instituciones están dispuestas aun a perder socios para no violentar su ideario porque eso les obligaría a desdibujar sus principios institucionales.

SEÑOR ROVIRA.- Quisiera hacer algunas observaciones respecto al texto, algunos agregados o modificaciones, pero previamente, como el planteo se enfocó en la objeción de conciencia, me gustaría dar una opinión al respecto.

Como dijo el señor Subsecretario, es admitido a nivel doctrinario que la objeción de conciencia institucional no existe. La objeción de conciencia es individual, personal. En ese sentido, nos parecía mejor la solución del proyecto que tuvo media sanción, que hablaba del personal de salud para referirse a la objeción de conciencia, porque entendíamos que circunscribirlo estrictamente a los profesionales o a profesionales y técnicos podía dejar afuera a quienes participaban de un proceso de este tipo, que también deberían estar contemplados en esa objeción de conciencia individual. Entonces, desde ese punto planteamos que nos parecería adecuado hablar del personal de salud o de equipo de salud.

Lo que se está manejando no es la objeción de conciencia institucional, sino el ideario institucional. Creo que acá no podemos dejar de lado la visualización de ese ideario institucional a la luz de quienes ejecutan los actos médicos -cuando hablo de actos médicos me refiero al equipo de salud o al personal de salud en forma más genérica -porque ese ideario, en virtud del cual se pediría una excepción al régimen que establece la ley, podría colidir con la conciencia del personal de salud que integra esas instituciones que quieren excepcionarse, por cuanto ese personal de salud puede no tener objeciones de conciencia al respecto.

El artículo 54 de la Constitución de la República es muy claro, importante desde el punto de vista del derecho del trabajo porque establece un mandato al legislador para que legisle en determinados temas que se consideran fundamentales en esta materia. Entre otras cosas, dice que el Estado legislará garantizando la independencia de la

conciencia moral y cívica de quienes se encontraren en una relación de trabajo. De forma que todo el personal de saluda que integra una institución que tiene determinado ideario tiene asegurada su independencia de conciencia moral por una norma constitucional expresa, por lo que el ideario institucional no podría primar sobre la conciencia moral de quien se encontrare en una relación de trabajo. Y la Constitución de la República es bastante amplia cuando habla de relación de trabajo porque pueden entrar todas las modalidades en virtud de las cuales el equipo de salud está vinculado a la institución prestadora. De manera que poner una excepcionalidad de este tipo parecería que podría llegar a ser inconstitucional en cuanto esta disposición es muy clara en relación a quienes efectivamente pueden tener una objeción de conciencia, que son las personas, los integrantes del equipo de salud. Creo que es un tema que no se puede soslayar porque en aras de un ideario institucional, al trabajador que se contrata, sea médico, enfermero o licenciado, estas instituciones no le exigen una profesión de fe determinada, y la Constitución dice que no se les puede impedir la realización de actos que la ley establece como lícitos con carácter general, como en este caso, en que se va a despenalizar el aborto. No se puede imponer un ideario institucional a la conciencia de los trabajadores que a cualquier título presten funciones para las entidades prestadoras.

SEÑOR AMARILLA.- Más que para marcar diferencias, quisiera que el doctor Rovira me hiciera una aclaración ya que no entendí bien su razonamiento. Creo que la objeción de conciencia es para aquellas personas que tienen algún impedimento moral para practicar abortos, pero a mi juicio, no puede haber una disposición que obligue a los médicos a hacer abortos. Me parece que el doctor Rovira plantea que si una institución tiene una objeción de ideario -que en este caso sería de principios, no va a practicar abortos y esto no estaría violentando la conciencia de los médicos que pueden practicar abortos. Pienso que practicar el aborto no es un derecho del profesional. No sé si no entendí bien el razonamiento; me parece un tanto traído de los pelos porque de ninguna forma puede establecerse como un derecho de los profesionales.

SEÑOR ROVIRA.- Estamos hablando de un escenario en el que se hubiera legislado despenalizando el aborto con carácter general. Todo lo que no está prohibido, está permitido. Al respecto se crearía un régimen de libertad.

(Interrupciones)

—— Si la ley despenaliza el aborto y si este se incluye entre las prestaciones que las prestadoras integrales de salud deben brindar a sus afiliados, debería concluirse que todo el personal de salud que trabaja en dichas instituciones se encuentra en condiciones de hacer abortos en el marco legal respectivo. Excluir por la vía de la excepcionalidad a determinadas instituciones prestadoras implicaría una lesión para el derecho constitucional que tiene el personal de salud de realizar estos actos que la ley despenaliza y autoriza en un régimen de libertad. El argumento es de texto constitucional. Se toma o se deja en función de una decisión política, pero tiene consecuencias jurídicas porque la Constitución -que es la norma de más alto rango -establece expresamente esa protección de la conciencia moral de quienes ejecutan los actos médicos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a plantear la pregunta desde otro ángulo. De acuerdo a lo que interpreto de la exposición del doctor Rovira, si fuera aprobada esta ley, una decisión institucional no puede vulnerarla, y si alguien quiere practicarla, tiene la libertad de hacerlo.

Me quiero poner del lado del paciente que recurre a un profesional para plantear un problema que afecta a su estado físico y que quiere un asesoramiento profesional. Quisiera saber si el profesional puede negarse a brindar lo que el paciente le está

demandando, cuando este es un socio que cumple con todas las normas que regulan la relación institución- paciente. ¿El profesional que debe dar información o asesorar al paciente puede negarse porque institucionalmente se le está vedado?

SEÑOR ROVIRA.- El derecho a la información que tiene todo paciente en las cuestiones atinentes a su salud está asegurado por el marco legal vigente, a través de la Ley Nº 18.211, de Sistema Nacional Integrado de Salud, y la ley de derechos de usuarios y pacientes.

En relación específicamente a la información sobre lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, se ha legislado y reglamentado la Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva, norma en la que están desarrollados suficientemente todos estos mecanismos -yo diría que hasta excesivamente -que aseguran tanto a la mujer como al hombre la salud sexual y reproductiva, información que en el proyecto de ley del señor Diputado Posada figura en el artículo 2º. Todo ese proceso lleva, en definitiva, a una toma de decisión; el consentimiento debe ser informado: está precedido de ese proceso previo que está muy bien desarrollado en la ley y para lo cual se pueden utilizar los servicios de salud sexual y reproductiva así como los equipos multidisciplinarios. Si nosotros llegáramos a establecer que esas instituciones escapen al imperio de una ley que despenaliza el aborto, también estaríamos sustrayéndola de esta legislación previa, fundamentalmente contenida en la Ley de Salud Sexual y Reproductiva donde se prevé la información que abarca todos estos aspectos como una obligación de la institución prestadora. Es decir, estaríamos sustrayendo de un marco legal ya vigente determinada prestación a la que todas las instituciones están obligadas.

SEÑOR GALLO.- De acuerdo a lo dispuesto en la Ley Nº 18.211 y a lo que surge del contrato de gestión suscrito por la Junta Nacional de Salud, todos los prestadores de salud integrantes del SNIS deben cumplir con los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública debiendo dichas prestaciones ser definidas en forma taxativa. Así, el literal E) del artículo 5º de la Ley Nº 18.211 expresa que compete al Ministerio de Salud Pública "Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud [...]".

El artículo 45, por su parte, establece la obligatoriedad de los prestadores integrales del sistema de suministrar a los usuarios los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública. Dicha obligatoriedad surge también del contrato de gestión en su cláusula séptima que dice que las prestaciones obligatorias deberán ser definidas en forma taxativa. Por lo tanto, para estar dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que todos los prestadores por igual cumplan con las prestaciones que la ley o el contrato de gestión definan, sin que exista ninguna norma que permita ningún tipo de excepción. La eventual existencia de una circunstancia de cualquier naturaleza que permita que un prestador integral no cumpla con cualquiera de las prestaciones obligatorias desnaturalizaría totalmente el sistema y particularmente los principios orientadores de la reforma en materia de la salud.

Asimismo, el artículo 264 de la Ley Nº 17.930, que fijó las bases fundamentales del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, dispuso que este tiene como objetivo establecer la atención integral de todos los habitantes residentes del país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Debe tenerse presente que los prestadores han manifestado voluntariamente su aceptación a las obligaciones impuestas mediante la firma del contrato de gestión por el cual no pueden exonerarse de su cumplimiento. Esto refleja que para el órgano regulador del Ministerio sería muy complejo hacer una

excepcionalidad en este tema concreto. Hay fundamentos técnicos y jurídicos que lo hacen muy difícil. De todas maneras, estamos dispuestos a buscar mecanismos de acercamiento con las instituciones que lo crean conveniente, a pesar de que no sean los que las instituciones quieran. Lamentablemente, en este tema es difícil.

SEÑOR PRESIDENTE.- El texto del proyecto creo que de alguna manera contempla esta posibilidad cuando establece que determinada prestación deberá ser realizada por la institución o a través de la contratación de servicios de terceros. Me gustaría saber si este mecanismo facilita las posibilidades que se plantearon.

SEÑOR GALLO.- Sin ninguna duda.

SEÑOR LAURNAGA.- Quisiera saber si el Círculo Católico resolvió el tema de la ligadura tubaria y de qué manera lo hizo, porque había planteado reservas en ese sentido.

Por otra parte, quiero hacer otra consulta. Quiero aclarar que no fue una solicitud del Círculo Católico ni del Hospital Evangélico, sino que fue sugerida por otra delegación que estuvo presente en la Comisión. No me refiero a la posibilidad de que la institución plantee objeción de conciencia porque es clara la doctrina en ese sentido, y tampoco de que hubiera una objeción de conciencia colectiva porque todo el mundo tiene claro que la objeción de conciencia es individual. Sin embargo, sí puede ocurrir que todos los miembros de alguna institución individualmente puedan plantear una objeción de conciencia.

Yo pregunto si esto, que no está planteado por ninguna de las dos instituciones de salud mencionadas, sino que fue sugerido por otro informante, afectaría directamente la relación laboral de todo el personal de salud con esa institución, y si no podría ser discriminatorio.

SEÑOR GALLO.- El Círculo Católico solicitó expresamente a la Junta Nacional de Salud buscar algún tipo de acuerdo a los efectos de cumplir con el programa de salud sexual y reproductiva. En ese marco el Círculo Católico fue ejemplo en cumplir la normativa vigente y tuvo dificultades cuando se aprobó el decreto de la ligadura tubaria y la vasectomía. En ese caso nos pidieron autorización para hacer un convenio con el Banco de Previsión Social a efectos de que aquellas usuarias que quisieran ligarse las trompas, lo pudieran hacer libremente. Y así se ha hecho sin ningún tipo de inconvenientes a lo largo de todo este año.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Con respecto a la apreciación que hizo el señor Diputado Posada sobre el caso de violación, estuve revisando los textos y es en el proyecto presentado por el señor Diputado Amado en el que no se hace mención al plazo. Nosotros creemos que esa es una omisión porque en esos casos hay que poner un plazo. O sea que no tiene lugar el comentario que hice con respecto al proyecto del señor Diputado Posada.

SEÑOR POSADA.- Creo que la pregunta viene a cuento por lo siguiente. Tanto la Unidad de Bioética del Ministerio de Salud Pública como la de la Facultad de Medicina, hicieron referencia a la necesidad de fijar un plazo máximo a los efectos de poder practicarse el aborto exclusivamente en el caso de la violación. Sobre ese aspecto es que apuntaba la pregunta, en la medida que entendí que la referencia que hizo el señor Subsecretario estaba orientada a eso.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Sin duda es necesario marcar ese plazo.

La definición conceptual del aborto es la interrupción del embarazo, hasta las 22 semanas para la OMS, y hasta las 20 semanas en el certificado nacional. Por encima de ese plazo ya no es un aborto, sino un parto inmaduro o la interrupción de un embarazo por otra causa. Me parece importante hacer esta aclaración.

Con respecto a la violación, en términos generales en la legislación hay tres grandes concepciones. A nivel mundial se siguen manejando las doce semanas como límite; otra es la española, que lo lleva a catorce semanas, y la legislación inglesa lo lleva hasta las veintidós semanas. Desde nuestro punto de vista, para el aborto tal cual está planteado, el límite de las doce semanas es adecuado, aunque entendemos que en los casos de violación se podría estudiar llevarlo a catorce semanas.

En cuanto a lo que planteó la señora Diputada Laurnaga con relación a las excepcionalidades que existen en la actual ley, son eximentes los problemas de salud que conlleven riesgo de vida de la mujer -los toma en cuenta la Comisión de Interrupción de la Gravidez del Ministerio de Salud Pública-, la violación -no se toman en cuenta las causas de honor que están planteadas en la legislación de 1938 -y las malformaciones congénitas que impiden la posibilidad de vida extrauterina, en la medida en que causan un daño psicológico a la mujer porque se sabe que ese embarazo no puede llegar a buen término.

Con respecto a los datos concretos que solicitaba el señor Diputado Amarilla, la tendencia es la disminución de la mortalidad, que es prácticamente inexistente, salvo por los dos casos que ocurrieron a principios de este año, que vinieron a romper cuatro años seguidos sin muertes por aborto. Los dos casos están vinculados con prácticas abortivas con métodos muy inseguros, que no fueron asesorados adecuadamente en el sistema de salud por falta de consulta de estas dos desafortunadas mujeres. En definitiva, la tendencia es clara en cuanto a la disminución de la mortalidad.

Concomitantemente con eso ha disminuido la morbilidad, es decir las enfermedades que causa el aborto inseguro, fundamentalmente vinculadas con infecciones, y es infrecuente que suceda la sepsis posaborto, que era común antes de que comenzara a trabajar el Programa Iniciativas Sanitarias.

Creemos firmemente, aunque todavía no podemos demostrarlo -es muy difícil hablar del número global de abortos-, que el número global de abortos ha disminuido, porque la implementación del programa ha generado la utilización de los métodos de anticoncepción posaborto que disminuyen la cantidad de embarazos no deseados.

Con respecto a las secuelas posaborto, hay dos bibliotecas. Una plantea fuertemente el impacto psicológico del aborto voluntario, y hay estudios que secundan esta visión. Y otra, que es una escuela igualmente frondosa, plantea que el estrés que se genera luego del aborto es transitorio, que si se da en el marco de una resolución consciente y responsable de la mujer, no genera ningún riesgo para su salud psicológica.

Desde el punto de vista biológico, está muy demostrado que con el uso de los actuales métodos para realizar el aborto, los medicamentos Mifepristona, que es una antiprogesterona, y Misoprostol, que es una prostaglandina, o Misoprostol solo, el riesgo biológico del aborto es prácticamente inexistente y las secuelas que puede haber en el futuro también. No hay ninguna evidencia clínica que diga que la mujer que se hace un aborto con esos métodos, vaya a tener problemas si el día de mañana quiere quedar embarazada.

SEÑOR AMARILLA.- ¿Tenemos datos de que se hayan implementado iniciativas sanitarias en cuanto a las consultas previas al aborto y cifras de complicaciones posaborto?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Las cifras no son del momento actual sino las publicadas hace tres años en el "International Journal Obstetrics and Gynecology". Allí encontramos que la inmensa mayoría de las pacientes no presentaba ninguna complicación.

SEÑORA LAURNAGA.- En estos días me han comentado terceras personas dos casos -cuando se trata del aborto siempre son terceras personas -de falta de eficacia del Misoprostol. ¿Ustedes han tenido algún dato de gente que se suministra mucho más de tres o cuatro dosis, llegando a un número increíble? ¿Es un error de falta de información en el uso adecuado del medicamento o tienen algún indicio de que haya habido un cambio de composición que esté generando algún problema?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Uno de los grandes problemas por la no regulación del Misoprostol en nuestro mercado es que muchas veces está adulterado o vencido. Inclusive, puede darse otra sustancia por Misoprostol. Este es un problema serio que la clandestinidad todavía genera en el acceso y en el uso de este medicamento. Entonces, puede pasar.

En las condiciones ideales, en los países que tienen despenalizado el aborto y el acceso al Misoprostol es seguro en el marco del sistema de salud, aproximadamente en un 94% una sola dosis es efectiva. En un 2% de los casos es necesario utilizar dos dosis; hay otro 2% que requiere más de dos dosis y hay un porcentaje muy pequeño de mujeres resistentes al Misoprostol y aun usándolo múltiples veces no logran la interrupción del embarazo. Son casos muy marginales, pero existe la posibilidad.

En la farmacopea general existe otro medicamento, la Mifepristona, que no tiene el efecto del Misoprostol, que es la contracción del útero. Este medicamento provoca la falta del estímulo de la progesterona para el desarrollo del embrión, por lo que causa el aborto en el 100% de los casos. Este fármaco no está disponible en nuestro país, pero algunas mujeres lo pueden conseguir vía electrónica.

Con respecto a las complicaciones, en el total de pacientes asesoradas hasta hace dos años, en el entorno de las cinco mil, había molestias leves en un 2,5%; complicaciones infecciosas leves, que evolucionaron sin problemas con el tratamiento con antibióticos, en un 1,8% de los casos, y complicaciones hemorrágicas leves, que requirieron evacuación uterina con legrado aunque no transfusiones, en el 2,3% de los casos. El 93,3% de los casos no presentó complicaciones, lo que configura, aun en la ilegalidad de la práctica del aborto, un perfil de mucha seguridad. Si logramos que esta práctica se dé dentro del marco sanitario y jurídico legal, estas complicaciones tenderían a disminuir porque podrían ser eventualmente tratadas con mayor oportunidad y pertinencia por el sistema sanitario.

SEÑOR POSADA.- Respecto a esta cantidad a la que se hacía mención de cinco mil consultas, ¿en qué plazo se dieron?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Los datos de que se disponían son de iniciativas sanitarias que se hicieron durante unos cinco años; son datos analizados retrospectivamente. Hay un estudio más nuevo -no tengo los datos aquí -sobre el total de consultas en un año en la emergencia del Pereyra Rossell. Se analizan todas las mujeres que consultaron por aborto provocado por Misoprostol, y más o menos el perfil es similar a este. Después de que se pasa un número de casos clínicos, de

pacientes concretas, es muy raro que las tendencias generales cambien con respecto al perfil de seguridad y eficacia. Esto es compatible con lo que hay a nivel internacional.

SEÑOR POSADA.- Una primera pregunta tiene que ver con si desde la experiencia realizada por el Ministerio hay alguna estimación respecto a los abortos provocados en nuestro país.

La segunda tiene que ver con el Misoprostol. En alguno de los informes de entidades médicas, se hace especial hincapié en que este fármaco debería expedirse con receta de médico ginecólogo, especialmente porque se señala que hay una suerte de situación anómala en lo que es la práctica hoy. En ese sentido, también queremos contar con la opinión del Ministerio.

SEÑORA SANSEVERINO.- Todos estamos haciendo consultas y trabajando sobre las informaciones que recibimos. En un trabajo que presentó el ex Diputado Rafael Sanseviero, había un estudio hecho por una organización -no recuerdo el nombre -en el que se mencionaba que los abortos en el Uruguay rondarían los treinta mil por año. ¿Ustedes tienen algún dato, alguna medición, aunque no sea totalmente científica? Eso le daría al tema una importancia trascendente.

SEÑOR CANTERO PIALI.- Sería interesante que el doctor Briozzo pudiera aportarnos -en la medida de que pueda comentarlo -algún elemento acerca de los sucesos que tuvieron como consecuencia el tan lamentable resultado de la pérdida de dos vidas a principios de este año.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Es virtualmente imposible tener una estimación del número de abortos que hay cuando la práctica es ilegal. Este es otro de los elementos clave por los que creemos que la descriminalización o la despenalización van a lograr echar luz sobre lo que está pasando para generar medidas adecuadas a fin de disminuir el número de abortos, que es lo que quieren todas las personas en general y el Ministerio de Salud Pública en particular.

El estudio a que hace referencia la señora Diputada es previo al año 2005 y está basado en encuestas hechas en las clínicas abortivas. La práctica de este tipo de clínicas casi ha desaparecido en nuestro país, de acuerdo con lo que nos comentan las usuarias del sistema de salud y según los informes existentes al respecto, no a nivel del Ministerio puesto que no tiene ningún control sobre esta práctica, ya que es ilegal; es un problema del Ministerio del Interior. Sabemos que ha cambiado el perfil dramáticamente puesto que el aborto, casi en el 100% de los casos, se hace con medicamentos, básicamente a través del Misoprostol. La única manera de aproximarnos hoy, al no tener ningún estudio nacional al respecto -al menos que nosotros conozcamos, es aplicando algunas fórmulas internacionales que, tomando en cuenta el número de nacimientos por año -que andan en el entorno de los 47.000 -y las condiciones de nuestro país, podrían dar una cifra aproximada. No sé hasta dónde sería responsable ventilar esa cifra. Claramente la cifra de 30.000 o 35.000 no es aplicable a las condiciones actuales de la práctica del aborto.

Se preguntaba con respecto a la receta del Misoprostol. Este, como todos los fármacos, debe ser expedido bajo prescripción médica. Cualquier médico puede prescribirlo ya que, fundamentalmente, tiene un uso permitido a nivel gastroenterológico, para casos de úlcera gástrica o úlcera duodenal, por sus efectos como progesterona. También tiene usos obstétricos y ginecológicos aprobados por ordenanzas del Ministerio de Salud Pública. En lo ginecológico se usa para la dilatación del cuello en el procedimiento para mirar dentro del útero, que se llama histeroscopía, o previamente a la realización de legrados por otra causa. En los casos obstétricos, se puede utilizar para la

inducción del parto -es uno de los métodos más efectivos -y para el tratamiento de una grave complicación que es la hemorragia posparto. Con el Misoprostol se ataca, además del aborto inseguro, la hemorragia posparto, que es la principal causa de muerte materna en todo el mundo, sobre todo cuando los partos no son institucionales.

El control de la receta hace que se haya difundido, pero no con mucha evidencia de rectoría, que los ginecólogos no pueden recetarlo. Pueden recetarlo y, además, tiene indicaciones formales en la especialidad.

Con respecto a las dos muertes que ocurrieron este año, desde el punto de vista público, para no violar la confidencialidad de esta situación, podemos informar que acontecieron en el subsector público. Se trata de dos mujeres que interrumpieron el embarazo sin haber consultado previamente en el sistema de salud, o sea que no fueron asesoradas de acuerdo con la legislación vigente ni con las guías de práctica clínica emitidas por el Ministerio de Salud Pública. En los dos casos utilizaron métodos de altísimo riesgo, que considerábamos prácticamente en desuso, como la introducción de elementos cortopunzantes a nivel del útero y la toma de sustancias tóxicas. Hay infusiones que se venden con este fin y que causan graves disfunciones multiorgánicas en la mujer y la muerte.

Esto es lo que podemos plantear públicamente porque fueron casos muy terribles. Siempre la muerte por aborto genera un caos familiar: los hijos quedan sin la protección de la madre, etcétera. En uno de los casos se hizo la autopsia verbal, que es un procedimiento por el cual un equipo técnico especializado entrevista a todo el entorno de la mujer, y confirmó esta situación dramática.

SEÑOR ROVIRA.- Para sellar el tema del aborto para eliminar el fruto de la violación, la objeción o el comentario de nuestra parte iba en el mismo sentido que el de la Comisión de Bioética de la Facultad de Medicina y del Ministerio. Entendemos que en esos casos, que son los regulados en el proyecto del señor Diputado Amado en el artículo referido a la modificación del artículo 328, se establece un plazo máximo de dieciocho semanas.

Por otra parte, tenemos algunas propuestas para mejorar la redacción del proyecto del Diputado Posada. Concretamente, el acápite del artículo 3° dice: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario deberán" y el literal B) dice: "Entrevistarse con el padre del concebido[...]".

Puede ser que no esté identificado el padre del concebido, que no tenga presencia; entonces, debería decir "si estuviera identificado" o "si se pudiera identificar".

SEÑOR POSADA.- De todas maneras, el literal termina diciendo "recabando previamente el consentimiento expreso de la mujer". Tal como está dicho, si hay consentimiento, se supone que debe identificarse.

SEÑOR ROVIRA.- Lo otro tiene que ver con la objeción de conciencia vista individualmente. En ocasión de tratarse un proyecto anterior, presentamos un artículo alternativo. Señalábamos que nos parecía importante que la objeción de conciencia fuera vinculante para el que la realiza; o sea, que no fuera posible que en una institución hiciera objeción de conciencia y en otra no. Me parece que habría que prever ese efecto vinculante.

Otra disposición que nos merece alguna observación es el artículo 8°, cuando se refiere a que en los casos de incapacidad declarada judicialmente "el asentimiento para la interrupción del embarazo lo prestará preceptivamente el titular de la sede judicial que

decretó la interdicción". Los cambios en la vida real de las personas muchas veces determinan que, por ejemplo, un juzgado de Montevideo haya decretado la interdicción y la persona incapaz viva en Artigas. Debería hacer el asentimiento el juez de familia, no necesariamente el que hubiera decretado la interdicción sino el competente por razón del domicilio. Me parece que aplicar el criterio del domicilio facilitaría el procedimiento.

Consideramos muy adecuados los plazos que se establecen en el proyecto del señor Diputado Posada porque es un procedimiento muy sumario, que es lo que se necesita en este tipo de circunstancia.

Ya comentamos el aspecto institucional de la objeción, que si bien no está previsto en el proyecto, es un tema que seguramente está planteado y no me parece de más dar la opinión.

SEÑOR PRESIDENTE.- En el marco del trabajo de la Comisión hemos recibido distintas instituciones, delegaciones y personalidades que han opinado sobre este tema.

Con respecto al texto presentado por el señor Diputado Posada, en lo que tiene que ver con el consentimiento para las menores de edad, algunas personas que han estado en esta Casa representando a instituciones entienden que allí hay un riesgo cierto de violar la confidencialidad de la relación médico- paciente, en la medida en que se establece que la menor de edad debe haber consultado con sus progenitores o responsables. ¿Qué opinión le merece al Ministerio este aspecto del texto?

SEÑOR ROVIRA.- Existen instrumentos internacionales y nacionales que cada vez más dan paso al concepto de la autonomía progresiva, que significa que a medida que el menor va creciendo, va adquiriendo capacidad de sus actos, por lo cual el límite civil de los dieciocho años que sigue rigiendo para todas las demás materias tiene, en algunos casos y en lo que refiere a la salud de los menores, una derogación no absoluta, sino relativa. Hay que armonizar el límite de edad que establece el derecho civil a los dieciocho años con los límites que pueden derivar de la capacidad o autonomía progresiva de los menores.

En temas como este en los que están en juego aspectos que tienen que ver con la salud del menor, me parece que la facultad de decidir se anticipa a la mayoría de edad civil que establece el Código Civil.

En consecuencia, hay apoyatura, hay fundamento jurídico, para plantear la capacidad o autonomía progresiva y de esa manera el proyecto tendría un respaldo que lo pondría fuera de cuestionamiento.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Desde el punto de vista asistencial, vemos muy frecuentemente lo que explicaba desde el punto de vista jurídico el doctor Rovira: mucho antes de los dieciocho años una joven puede tener la capacidad absoluta de decidir conscientemente lo que hacer, sin ninguna necesidad de que los padres se enteren o formen parte de esa decisión. Siempre tratamos de involucrar a esta familia cuando es contenedora y apoya a la joven, pero lamentablemente eso no es la unanimidad de los casos. Muchas veces ese embarazo no deseado se da por violencia en el ámbito intrafamiliar y, lamentablemente, en particular en las menores de quince años, el propio padre biológico o social es el que provoca la violación y ese embarazo no deseado. Tanto en el caso del padre como en el de la madre, que muchas veces consiente situaciones de violencia y no está dispuesta a contraponerse al mandato machista en el ámbito de la familia que ha provocado ese embarazo no deseado directa o indirectamente, el consentimiento informado tiene que estar establecido en el texto jurídico en general, con un fuerte componente de interpretación, como lo es esto en la

práctica: un acto médico en el cual el equipo multidisciplinario tiene la formación adecuada para evaluar si esa joven tiene la capacidad de resolver conscientemente o no sobre su salud y su vida a nivel reproductivo.

Este es un elemento fundamental. Por eso, siempre dimos tanta importancia a la incorporación de la salud mental dentro del equipo multidisciplinario, y lo hemos logrado. En todos estos equipos hay especialistas en salud mental para enfocar este tema tan importante.

Esto también tiene relación con un tema que no hablamos específicamente. Me refiero a los cinco días de reflexión. Sin duda que la reflexión es un elemento fundamental, precisamente, para asegurarnos que la decisión sea consciente, porque el agobio que produce la noticia de un embarazo no deseado es de una intensidad superlativa para la mujer; es una situación vital estresante en sí misma. Creemos que el plazo es prudente, pero puede tener excepciones, por ejemplo, cuando se vencen los plazos legales o cuando la situación psicológica de la mujer nos haga ver que claramente hay una decisión tomada, sopesada y que hay un riesgo fundamentalmente psicológico de descompensación en algunos casos.

Por lo tanto, creo que en el texto también se podrían relativizar los cinco días en concordancia o salvo excepciones que surjan de la resolución del equipo médico actuante.

SEÑOR ROVIRA.- El fundamento jurídico o la apoyatura jurídica de derecho positivo del concepto consagrado de la autonomía progresiva figura expresamente en la Convención sobre los Derechos del Niño y en forma tácita en algunas disposiciones del Código de la Niñez y la Adolescencia.

SEÑOR POSADA.- En la medida en que el Ministerio ha hecho varios aportes que supongo están redactados, sería importante que nos los dejaran para ser tenidos en cuenta en el trabajo de la Comisión.

En cuanto a la mención que se ha hecho en varias intervenciones respecto al consentimiento informado, ¿concretamente se está pensando en que haya un consentimiento de parte de la mujer en el momento en que toma la decisión?

SEÑOR ROVIRA.- Sí.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hoy en la mañana, la doctora Alicia Castro concurrió a la Comisión a dar su opinión con respecto al proyecto del señor Diputado Posada y nos planteó un problema con respecto al artículo 2° que establece que no será penalizado el procedimiento del aborto que se haga dentro del marco que establece la ley. Planteaba que si bien despenaliza, aun dentro del marco sigue siendo un delito perseguible ante denuncia.

¿Qué opinión tienen ustedes con respecto a esa precisión que nos hicieron? ¿Hay posibilidad de mejorar la redacción?

SEÑOR ROVIRA.- El rótulo de despenalización del aborto tiene una connotación vinculada con la carga que tiene el aborto como delito. Consecuentemente, como hay que sacarle ese carácter delictivo, lo que se consagra es la despenalización porque es más llevadero desde el punto de vista de su aceptación por los más vastos sectores de la sociedad. En realidad, creo que la despenalización viene por el lado de hacer que esta figura del aborto como delito que forma parte de la conciencia colectiva -"el aborto es delito" es lo primero que cualquier persona dice -tenga desde el punto de vista de la carga

emocional que puede significar una legalización del aborto, el rótulo de despenalizarlo más que de consagrarlo como un derecho, que en realidad no es así; se está despenalizando. Desde el momento en que se despenaliza no es delito; es una conducta que en la medida en que se ajuste a los requisitos que la nueva ley va a establecer no está penalizada.

Ya en el Código Penal no se consideraba delito cuando se daban determinadas circunstancias. Desde ese punto de vista, lo que hay que hacer es una correcta armonización con los artículos que se derogan del Código Penal para reafirmar ese carácter despenalizador y no mantenerlo como una conducta delictiva. Se ajusta al tipo, pero no tiene pena. Se trató de que la técnica fuera lo más ampliamente aceptada, desde el punto de vista de la voluntad legislativa y de un consenso social mayor que si se hubiera utilizado otras denominaciones o rótulos para resolver este tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- El actual proyecto no modifica ninguno de los actuales artículos del Código Penal con respecto al aborto.

SEÑOR POSADA.- Quiero decir algo simplemente en línea con la aclaración que usted solicitó al doctor Rovira. Por lo menos, quiero dejar sentada mi opinión al respecto.

Cuando se habla de legalizar el aborto, caso del proyecto aprobado por el Senado, hay una descriminalización, es decir, deja de haber una conducta criminal. Cuando se habla de despenalización, en definitiva, lo que estamos diciendo es que hay una desincriminación, es decir que no hay incriminación respecto al delito. Pero, obviamente, en el momento en que se despenaliza por haber cumplido con los requisitos, deja de existir el delito para ese caso.

SEÑOR AMARILLA.- Hoy de mañana o ayer también se dio alguna apreciación al respecto y quiero dejar la constancia de que yo entiendo que, en definitiva, hay delito aun cuando no haya pena. En el Código Penal el delito existe. Hay un bien protegido y el Código Penal establece, en todo caso, la potestad del Juez atendiendo determinadas circunstancias a eximir la pena o a reducir la misma. Pero el delito sigue existiendo y también si se aprueba este proyecto de ley. Lo que existe es el procedimiento que establece el Código Penal donde el Juez exime la pena o un procedimiento, en este caso en vía administrativa a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, que exime la pena. Pero el delito va a seguir existiendo.

Al respecto, quería dejar constancia en la versión taquigráfica, aunque luego daremos la discusión en particular.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Obviamente, no voy a entrar en asuntos jurídicos que me pasan muy por encima. Sí quiero plantear, desde el punto de vista sanitario, que nuestra visión con respecto a todo tipo de penalización del aborto va unida a un aumento del riesgo, de la mortalidad y de la enfermedad. Cualquier cambio que mejore esta situación y que, en perspectiva histórica, uno vea que va a asegurar más y mejores derechos para las mujeres, creemos que es favorable desde el punto de vista de la salud pública; el Ministerio apoya cualquier cambio que se plantee y que progresivamente tienda a una visión muy inclusiva de esta problemática tan humana como es la interrupción del embarazo, de la cual ya hemos hablado.

En lo personal, simplemente como posición para dejar constancia en la versión taquigráfica, me adhiero a la legislación canadiense que, en su cuerpo jurídico, no hace mención al aborto y lo interpreta directamente como un hecho sanitario que la mujer y su entorno gestiona directamente en el sistema de asistencia como lo hace con otros problemas de salud. Creo que es, desde mi punto de vista, la resolución más sabia que

se puede hacer porque es no entrar en el problema de fondo y dejar esto librado a la conciencia fundamental que compone la sociedad, que es la conciencia de cada uno de sus miembros, sin imponer condiciones a ninguno y pudiendo promocionar los valores y visiones que uno tiene con respecto a este tema, públicamente en una sociedad democrática y libre.

SEÑOR ROVIRA.- Respecto de si es o no delito, habíamos propuesto a los efectos de la incorporación en el proyecto -fue tratado con anterioridad -derogaciones y modificaciones al articulado del Código Penal. También en el proyecto original del señor Diputado Posada hay modificaciones.

En concreto, en una redacción que me parece tiene vigencia y es compatible con la nueva ley, planteamos lo siguiente. "Derogaciones y modificaciones: Derógase parcialmente el artículo 325 del Código Penal, respecto de los abortos realizados durante las primeras doce semanas del proceso gestacional". Si lo que nosotros hacemos es despenalizar el aborto en esas doce primeras semanas, estamos derogando el artículo del Código Penal que lo penaliza porque se cumple dentro de las doce semanas y cumpliendo los requisitos de la ley. Es por eso que tenemos que armonizar este texto con el actual proyecto. Si se cumplen los requisitos queda derogado el artículo 325 del Código Penal. Luego agregábamos qué pasaba cuando el embarazo se interrumpía luego de las doce semanas: "En caso de que la mujer interrumpiera voluntariamente el embarazo, más allá de las doce semanas de gestación -acá no importan los requisitos, porque estos eran para las primeras doce semanas -y fuera de las situaciones previstas en el artículo 4º de la presente ley -que eran las que ya estaban habilitadas, en ningún caso el procesamiento se dispondrá con privación de libertad". Nos parecía importante eliminar todo resabio de penalización fuerte de algo que, por un lado, se despenaliza cuando se cumplen determinados requisitos y lo que pudiera ocurrir a posteriori, que no tuviera una pena de privación de libertad. O sea, que fuera un procesamiento sin prisión. Esa era nuestra postura.

SEÑOR POSADA.- En realidad, en la legislación vigente esa posibilidad existe. Desde el momento en que se instauraron las penas alternativas y en la medida en que el delito de aborto tiene una pena de tres a nueve meses, es decir, no tiene una pena de penitenciaría, los Jueces perfectamente pueden aplicar las penas alternativas, están facultados para eso. Además, creo que en una lógica de donde estamos promoviendo un procedimiento, un determinado requisito, si establecemos directamente por ley que no tendrá pena de prisión, creo que en realidad lo que estamos haciendo es desalentando.

Me parece que lo que buscamos es institucionalizar la situación. El objetivo es dar institucionalización a todo el tema vinculado al aborto para que, en definitiva, las decisiones que se tomen por parte de la mujer se respeten, cumpliendo esos determinados requisitos, dentro de los ámbitos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR ROVIRA.- Es cierto lo que manifiesta el señor Diputado respecto de las penas alternativas, pero no menos cierto es que es discrecional del Juez el determinarlas. Nosotros queríamos reafirmar el procesamiento sin prisión.

No comparto la visión del Diputado porque sería institucionalizar el aborto, por cuanto están las penas alternativas. De manera que quien incurriera en la figura delictiva por haber provocado el aborto con posterioridad a las doce semanas, igualmente sería castigada con penas alternativas.

Desde el punto de vista de la recuperación o rehabilitación, creo que coincidimos en algo que hoy se está parcialmente despenalizando. Me refiero a que es más compatible una pena alternativa que una pena de privación de libertad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Gracias por su presencia y por sus valiosos aportes.

Se levanta la reunión.

≠